

QUESTIONARIO

Desideriamo sottoporre alla Sua attenzione questo breve questionario per cercare di rispondere sempre al meglio alle esigenze di medici e pazienti in tema di dipendenza dal fumo. Se vorrà compilarlo sulla base della Sua competenza ed esperienza clinica, a testimonianza della nostra gratitudine per la Sua preziosa collaborazione, saremo lieti di farLe avere informazioni sul Programma Pfizer "LifeRewards"

Per rispedirci il questionario, potrà utilizzare l'apposita busta in dotazione.

La ringraziamo anticipatamente per l'attenzione accordataci.

Il Suo impegno verso lo smettere di fumare si traduce in:

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trattare i pazienti fumatori, in un'ottica di miglioramento della qualità di vita | <input type="checkbox"/> Trattare solamente i pazienti ad alto rischio | <input type="checkbox"/> Trattare solamente i pazienti che chiedono una terapia | <input type="checkbox"/> Non trattare/non iniziare personalmente la terapia (indirizzare il paziente dallo specialista ad un centro anti-fumo) | <input type="checkbox"/> Nessuna sensibilità verso la dipendenza da fumo |
|--|--|---|--|--|

L'approccio terapeutico che Lei considera più efficace è:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> La terapia farmacologica | <input type="checkbox"/> Il supporto psicologico (es. gruppi di auto-aiuto) | <input type="checkbox"/> Le terapie non tradizionali (es. agopuntura, ipnosi, fitoterapia ecc.) |
|---|---|---|

Lei considera la dipendenza dal fumo un fattore di rischio estremamente rilevante per:

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disturbi cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Patologie oncologiche | <input type="checkbox"/> Disturbi Respiratori (es. BPCO/Asma) | <input type="checkbox"/> Altri disturbi correlabili al fumo (es. disfunzione erettile, effetti su riproduzione, effetti del fumo passivo) | <input type="checkbox"/> Nessuno di questi |
|---|--|---|---|--|

Lei considera la familiarità per eventi CV, disturbi respiratori e patologie oncologiche:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un elemento molto importante per consigliare al paziente di smettere di fumare | <input type="checkbox"/> Un elemento poco importante per consigliare al paziente di smettere di fumare | <input type="checkbox"/> Non importante per le sue decisioni terapeutiche sul fumo |
|---|--|--|

È interessato a ricevere ulteriori informazioni su Champix dall'Informatore Medico Scientifico Pfizer?

- SI NO

È interessato a ricevere informazioni sul Programma Pfizer "LifeRewards": un supporto comportamentale per i suoi pazienti?

- SI NO

.....

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

• Informativa ai sensi del D.lgs 196/2003 •

I dati raccolti tramite il presente questionario saranno trattati da Dendrite Italia Srl, con sede in Sesto San Giovanni (MI) Piazza I. Montanelli 20, nella sua qualità di Titolare del Trattamento, al fine di realizzare il progetto illustratoLe con modalità anche automatizzate che ne garantiscano in ogni caso la riservatezza. I dati forniti e le risultanze statistiche saranno comunicate a livello nominativo a Pfizer srl, che li utilizzerà per finalità di elaborazioni statistiche e di ricerca. L'adesione all'indagine ed il conseguente conferimento dei Suoi dati è assolutamente libero e facoltativo. Ai sensi dell'art 7 del D.lgs. 196/2003, potrà in ogni momento consultare e far modificare i dati od opporsi al loro utilizzo per motivi legittimi o opporsi al loro utilizzo per finalità di informazione promozionale scrivendo all'indirizzo email privacy_it@eu.dendrite.com.

Avendo preso visione dell'informativa, acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali per le finalità e con le modalità sopra illustrati.

FIRMA _____