

Uppföljning 6 månader efter tobaksstopp

Ifylld av: _____

Enhet (nr.): _____

Tobaksstoppdatum: 20 _____ - _____ - _____
År Mån. Dag

Behandling / Kursnr: _____

(Finns inget tobaksstoppdatum, skrivs datum för behandlingsavslut)

Deltagarens löpnr: _____

1. Denna blankett är ifylld vid 6 månaders uppföljning den 20 _____ - _____ - _____
År Mån. Dag

2. Sedan tobaksstoppet, har du varit:

| | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Rökfri? | b) Snusfri? | c) E-cigarett fri? |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |

3. De senaste 14 dagarna, har du varit:

| | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Rökfri? | b) Snusfri? | c) E-cigarett fri? |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |

4. Om du använder tobak nu, hur mycket under ett dygn?
Ange antal

_____ cigaretter
 _____ cigariller
 _____ cigarrer
 _____ pipstopp
 Antal prillor _____ snus/tuggtobak
 e-cigarett _____ antal gånger

5. Hur många veckor har du använt följande efter tobaksstoppet?

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| Nikotinläkemedel | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, _____ veckor |
| Vareniclin , t. ex. Champix | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, _____ veckor |
| Bupropion , t. ex. Zyban | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, _____ veckor |
| Annat, ange vad: _____ | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, _____ veckor |

6. På en skala från 1-5 där 1 är sämst och 5 är bäst:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hur nöjd var du med tobaksavvänjarens behandling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hur nöjd var du med tidpunkten på dagen när aktiviteten hölls? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hur nöjd var du med tobaksavvänjningen som helhet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Om grupp-behandling: Hur nöjd var du med gruppens sätt att fungera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Använder du för närvarande:

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Nikotinläkemedel | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Vareniclin , t. ex. Champix | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bupropion , t. ex. Zyban | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Annat, ange vad: _____ | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

8. Om du använder tobak/e-cigarett är du intresserad av att få hjälp igen? Nej Ja

