

Patientblankett

Alla blåa / gråa fält fylls i av tobaksavvänjaren

Enhet (nr.):

Deltagarens löpnr:

Behandling / Kursnr:

Vänligen texta:

Personnummer: - Förnamn: Efternamn: Gatuadress: Postnummer: Ort: Telefon, dagtid: Telefon, kväll: E-mail:

1. Daglig tobaksförbrukning:

a) Röker du?

- Nej
 Ja
 Ja, men inte dagligen

b) Snusar du?

- Nej
 Ja
 Ja, men inte dagligen

c) E-cigarett?

- Nej
 Ja
 Ja, men inte dagligen

2. Vid vilken ålder började du röka/snusa?

a) Rökt sedan års ålderb) Snusat sedan års ålderc) E-cig. sedan års ålder

3. Under de senaste 10 åren, hur många gånger har du i minst 14 dagar varit:

a) Rökfri

- Ingen gång
 1-3 gånger
 Mer än 3 gånger
 Rökfri hela den tiden

b) Snusfri

- Ingen gång
 1-3 gånger
 Mer än 3 gånger
 Snusfri hela den tiden

c) E-cigarett fri

- Ingen gång
 1-3 gånger
 Mer än 3 gånger
 E-cig fri hela den tiden

4. Hur troligt är det att du klarar eventuella perioder av stress och nedstämdhet utan att röka/snusa/använda e-cig?

Använd en skala från 0-10 där 0 = inte alls troligt och 10 = helt säkert

a) Utan att röka b) Utan att snusa c) Utan e-cigarett

5. Har någon inom vården uppmanat dig till rök- eller snusstopp under det senaste året?

Sätt ett eller flera kryss

- Allmänläkare
 Läkare på sjukhus
 Vårdpersonal på sjukhus
 Barnmorska

- Tandläkare
 Annan vårdpersonal
 Apotekspersonal
 Ingen av ovanstående

6. Har du uppnått högkostnadsskydd för:

a) Läkemedel

- Nej
 Ja
 Vet ej

b) Besök i sjukvården

- Nej
 Ja
 Vet ej

Patientblankett

Alla blåa / gråa fält fylls i av tobaksavvänjaren

Enhet (nr.):

Deltagarens löpnr:

Behandling / Kursnr:

7. Bor du tillsammans med en rökare? Nej Ja
8. Bor du med någon som fyllt minst 18 år? Nej Ja
9. Bor du med barn (under 18 år)? Nej Ja
10. Har du fått diagnos KOL? Nej Ja
11. Är du uppsatt till operation? Nej Ja
12. Är du gravid? Nej Ja
13. Födelseland? Sverige
 Norden (förutom Sverige)
 Europa (förutom Norden)
 Utanför Europa
14. Modersmål? Svenska
 Annat nordiskt språk
 Annat europeiskt språk
 Språk utanför Europa
15. Vilken är din nuvarande sysselsättning?
Flera alternativ kan anges
- Arbetar % av heltid
 - Arbetar som anställd
 - Egen företagare
 - Tjänstledig eller föräldraledig
 - Studerar, praktiserar
 - Arbetsmarknadsåtgärd
 - Arbetslös
 - Ålderspensionär
 - Sjuk- eller aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad) eller långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
 - Sköter eget hushåll
 - Annat: _____
16. Vilken är din högsta genomförda utbildning? Sätt kryss i en av rutorna
- Ej genomförd grundskola, folkskola, realskola eller liknande
 - Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
 - 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
 - 3-4 årigt gymnasium
 - Folkhögskola eller liknande
 - Universitet eller högskola kortare än 3 år
 - Universitet eller högskola, 3 år eller längre
 - Annan: _____
17. Bostad:
- Villa, radhus etc.
 - Bostadsrätt
 - Hyresrätt
 - Utan permanent bostad
 - Annat: _____

Patientblankett

Alla blåa / gråa fält fylls i av tobaksavvänjaren

Enhet (nr.):

Deltagarens löpnr:

Behandling / Kursnr:

Nikotinberoende, rökare

Om du röker, var god fyll i formuläret nedan

Frågor	Svar	
a) Hur lång tid efter uppvaknandet röker du dagens första cigarett?	<input type="checkbox"/> Max 5 minuter <input type="checkbox"/> 6-30 minuter <input type="checkbox"/> 31-60 minuter <input type="checkbox"/> Mer än 60 minuter	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
b) Har du svårt att låta bli att röka i situationer där rökning inte är tillåten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
c) Vilken cigarett är svårast att undvara?	<input type="checkbox"/> Den första <input type="checkbox"/> Någon annan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
d) Hur mycket röker du per dygn? Omräknas av tobaksavvänjaren till gram tobak	<input type="text"/> <input type="text"/> cigaretter <input type="text"/> <input type="text"/> cigariller <input type="text"/> <input type="text"/> cigarrer <input type="text"/> <input type="text"/> pipstopp * E-cigarett eller liknande, antal <input type="text"/> <input type="text"/> gånger	0-10 gram <input type="checkbox"/> 0 11-20 gram <input type="checkbox"/> 1 21-30 gram <input type="checkbox"/> 2 Över 30 gram <input type="checkbox"/> 3
e) Röker du mer under morgonens första timmar än senare på dagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
f) Röker du även om du är så sjuk att du stannar i sängen större delen av dagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Lägg ihop de markerade talen och skriv summan här:		

1 cigarett = 1 gram
 1 cigarill = 3 gram
 1 cigarr = 4 gram
 1 pipa = 3 gram
 *1 gång = 1 gram

Nikotinberoende, snusare

Om du snusar, var god fyll i formuläret nedan

Frågor	Svar	
a) Hur snart efter att du har vaknat tar du din första snusportion?	<input type="checkbox"/> Inom fem minuter <input type="checkbox"/> Inom 6-30 minuter <input type="checkbox"/> Inom 31-60 minuter <input type="checkbox"/> Efter 60 minuter	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
b) Hur många gånger per dygn snusar du?	<input type="checkbox"/> 1-7 gånger <input type="checkbox"/> 8-12 gånger <input type="checkbox"/> 13 eller fler gånger	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
c) Har du en snusportion i munnen så gott som hela tiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
d) Sväljer du med avsikt snusblandad saliv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
e) Hur lång tid har du en och samma snus under läppen?	<input type="checkbox"/> 0-20 minuter <input type="checkbox"/> 21-35 minuter <input type="checkbox"/> Över 35 minuter	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
f) Snusar du trots att du är sjuk och sängliggande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Lägg ihop de markerade talen och skriv summan här:		