TOBAKSSTOPPSPROJEKTET 2020-03-01

Uppföljning 6 månader efter tobaksstopp

Ifylld av: _____ **Enhet (nr.):** |__|__|__|__|

Tobaksstoppsdatum: 20|__|__|-|__|__|-|__|__| **Behandling / Kursnr:** |__|__|__|__|
År Mån. Dag

(Finns inget tobaksstoppsdatum, 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?
□ Nej	□ Nej	□ Nej
□ Ja	□ Ja	□ Ja

3. De senaste 14 dagarna, har du varit:

a) Rökfri?	b) Snusfri?	c) E-cigarett fri?
□ Nej	□ Nej	□ Nej
□ Ja	□ Ja	□ Ja

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

|__|__| cigaretter
|__|__| cigariller
|__|__| cigarrer
|__|__| pipstopp
Antal prillor |__|__| snus/tuggtobak
e-cigaretter |__|__| antal gånger

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

Nikotinläkemedel	□ Nej	□ Ja, |__|__|	veckor
Vareniclin , t. ex. Champix	□ Nej	□ Ja, |__|__|	veckor
Bupropion , t. ex. Zyban	□ Nej	□ Ja, |__|__|	veckor
Annat, ange vad: _____	□ Nej	□ 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?	□	□	□	□	□
b. Hur nöjd var du med tidpunkten på dagen när aktiviteten hölls?	□	□	□	□	□
c. Hur nöjd var du med tobaksavvänjningen som helhet?	□	□	□	□	□
d. Om grupp-behandling: Hur nöjd var du med gruppens sätt att fungera?	□	□	□	□	□

7. Använder du för närvarande:

Nikotinläkemedel	□ Nej	□ Ja
Vareniclin , t. ex. Champix	□ Nej	□ Ja
Bupropion , t. ex. Zyban	□ Nej	□ Ja
Annat, ange vad: _____	□ Nej	□ Ja

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

TOBAKSSTOPPSPROJEKTET **2020-03-01**

Anledning till bristande uppföljning av deltagare i tobaksavvänjning

Ifylld av: _____ **Enhet (nr.):** |__|__|__|__|

Tobaksstoppsdatum: 20|__|__|-|__|__|-|__|__| **Behandling / Kursnr:** |__|__|__|__|
År Mån. Dag

(Finns inget tobaksstoppsdatum, skrivs datum för behandlingsavslut) **Deltagarens löpnr:** |__|__|__|__|

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

2. Uppföljningsblanketten har inte blivit ifylld för denna deltagare för att:
Sätt endast ett kryss

□ Deltagaren vill inte besvara frågorna

□ Deltagaren svarar inte trots minst 4 telefonuppringningar

□ Deltagarens telefonnummer är okänt

□ Deltagaren är död

□ Annan orsak

Specificera: _____