

**ENSP**European Network
for Smoking and Tobacco Prevention

Формулар за контролно следење

Датум:..... ID на пациентот:.....

Име:.....

Numero della visita di follow-up:	
Дали користевте тутун од датумот на престанок?	Да <input type="radio"/> Не <input type="radio"/> Ако е да. Ве молиме наведете ја причината за релапсот Колку цигари пушевте?
На скала од 1-10, колку сте сигурни дека можете да се воздржите од пушење?	(не сум сигурен) 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> (многу сигурен)
Дали имавте некој од апстиненцијалните симптоми?	Да <input type="radio"/> Не <input type="radio"/> Ако е да, ве молиме наведете 1..... Тежина: 2..... Тежина: 3..... Тежина: 4..... Тежина: 5..... Тежина: (Ве молиме означете користејки скала од 1-10)
Дали вие или некој пријател или член на семејството нотираше било каква промена на вашето расположение?	Да <input type="radio"/> Не <input type="radio"/> Ако е да, ве молиме наведете 1..... Тежина: 2..... Тежина: 3..... Тежина: 4..... Тежина: 5..... Тежина: (Ве молиме означете користејки скала од 1-10)
Дали сеуште се придржувате на вашиот план за фармакотерапија?	Да <input type="radio"/> Не <input type="radio"/>
Прилагодување на планот на фармакотерапија Да <input type="radio"/> Не <input type="radio"/> FTND скалата ќе ве води тука. Запомнете: повисока доза за повисока скала-употреба на комбинации е препорачана практика (пополнете само ако пациентот користи единечна или комбинација од НЗТ)	Ако е да: Поединечна НЗТ <input type="radio"/> Комбинација НЗТ <input type="radio"/> Varenicline <input type="radio"/> Vipropion <input type="radio"/> Комбинација НЗТ плус Varenicline/ Vipropion <input type="radio"/> Ниедно <input type="radio"/> Ако користи НЗТ: <input type="radio"/> Лепенки (Обезбеди 1 -1.5 mg за секоја испушена цигара) mg=.....часови =..... <input type="radio"/> Гума за жвакање mg=..... <input type="radio"/> Lozenge/сублингвални таблети <input type="radio"/> Назален спреј <input type="radio"/> Спреј за уста/ Орален спреј <input type="radio"/> Инхалер
ОДРЕДИ контролна визита	Датум:.....