

Opfølgningsskema for deltagere i stopaktiviteter

Det grå felt udfyldes af rådgiveren

Dette skema dækker dit stopforløb med

planlagt stopdato: 20
Dag Md. Ar

(Er der ikke planlagt en stopdato, bruges dato for kursusafslutning)

Stopenhed (nr.): Kursusnr.:

Navn: _____

1. Dette skema er udfyldt den 20
Dag Md. Ar

2. Har du brugt tobak/nikotin siden kursets afslutning?

 Nej, intet

Nej: Ja,:

- cigaretter, pipe og lign.
 snus/nikotinposer/tyggetobak
 e-cigaret/vapes
 opvarmet tobak
 vandpipe
 andet: _____

Hvis ja, hvor ofte?

- dagligt ugentligt månedligt
 dagligt ugentligt månedligt
 dagligt ugentligt månedligt
 dagligt ugentligt månedligt
 dagligt ugentligt månedligt
 dagligt ugentligt månedligt

3. På en skala fra 1-5 hvor 1 er dårligst og 5 er bedst:

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hvor tilfreds var du med rådgiverens indsats? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hvor tilfreds var du med gruppens måde at fungere på? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hvor tilfreds var du med tidspunktet på dagen, hvor kurset blev holdt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hvor tilfreds var du med forløbet som helhed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Har du brugt støtte medicin til dit stop? Hvis ja: hvor længe? Og hvad har det kostet dig?

 Nej, intet

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, medicinsk nikotin | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> Ja, vareniclin | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> Ja, bupropion | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> Ja, andet: _____ | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |

5. Bruger du aktuelt støtte medicin?

 Nej, intet

- Ja, medicinsk nikotin
 Ja, vareniclin
 Ja, bupropion
 Ja, andet: _____

Spørgsmål 6-8 besvares kun, hvis du ikke er stoppet helt siden kursets afslutning.

6. Hvad har du brugt i de seneste 14 dage?

 Intet

Nej: Ja,:

- cigaretter, pipe og lign.
 snus/nikotinposer/tyggetobak
 e-cigaret/vapes
 opvarmet tobak
 vandpipe
 andet: _____

7. Hvis ja, hvor meget bruger du på et døgn?

Angiv antal:

- cigaretter
 cigarillos
 cerutter
 cigarer
 pibestop
 snus/nikotinposer**
 tyggetobak
 e-cigaretter/vapes***
 opvarmet tobak
 vandpipe
 andet

8. Er du interesseret i et nyt stoptilbud?

 Nej Ja

** Snus/nikotinposer fås i stærk styrke – ved 20 mg og opefter ganges antallet med 2

*** E-cigaretter/vapes fås i stærk styrke – i så fald gang antallet med 2