European Network for Smoking and Tobacco Prevention

Obrazec za naslednji obisk

Datum:..... Pacientov ID:.....

Ime:.....

Ste doživljali kakšne odtegnitvene simptome?

Da ○ Ne ○

Če "Da", prosim opišite

1..... Resnost: .....

2..... Resnost: .....

3..... Resnost: .....

4..... Resnost: .....

5..... Resnost: .....

(Prosim določite "Resnost" na lestvici od 1-10)

Ste vi ali vaši prijatelji oziroma družina opazili kakšne spremembe razpoloženja?

Da ○ Ne ○

Če, "Da", prosim opišite

1..... Resnost: .....

2..... Resnost: .....

3..... Resnost: .....

4..... Resnost: .....

5..... Resnost: .....

(Prosim določite "Resnost" na lestvici od 1-10)

Ste sledili vašemu načrtu farmakoterapije?

Da ○ Ne ○

Prilagoditveni načrt farmakoterapije

Da ○ Ne ○

FTND ocena vas bo tukaj usmerjala. Pomnite: višji odmerek za višjo oceno – kombinirana uporaba je priporočljiva praksa

(izpolnite samo, če bo pacient uporabljal enojno ali kombinirano NNT)

Če "Da":

Enojno NNT ○ Kombinirano NNT ○ Vareniklin ○

Bupropion ○ Kombinacija NNT plus Vareniklin a/ Bupropiona ○ Nič od tega ○

Če je NNT uporabljena:

○ Obliž (Priskrbite 1 -1.5 mg za vsako pokajeno cigareto) mg=.....ure =.....

○ Žvečilni gumi mg=.....

○ Lozenge/podjezična tableta

○ Pršilo za nos

○ Pršilo za usta

○ Inhalator

Organizirajte nadaljno spremljanje

Datum:.....