|  |
| --- |
| 吸烟者填写：  吸烟者姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  填写日期： 年 月 日 |

**戒烟门诊登记表**

填表说明：

* **如果您是吸烟者，并希望戒烟，请认真填写此表。**
* 请根据您的情况，在最适合的答案处打√。
* 本表涉及的所有个人信息绝对保密，只用作记录、评估及随访用途。
* 在一个月后，我们还将对您进行随访，**请您认真填写电话号码**，以便我们了解您的戒烟进展，帮助您化解可能遇到的问题和困难。

医生填写：

编码：   
（省编码） （医院编码） （戒烟者编码）

随访预约：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 时

**第一部分 个人资料**

**1、性别**

（1） 男

（2） 女

**2、年龄：\_\_\_\_\_\_\_\_周岁**

**3、教育程度**

（1） 没上过学

（2） 小学

（3） 初中

（4） 高中/中专

（5） 大专

（6） 大学本科或以上

**4、职业**

（1） 政府/事业单位工作人员

（2） 企业，商业，服务业工作人员

（3） 务农

（4） 教师

（5） 医务人员

（6） 学生

（7） 退休

（8） 未就业

（9） 其他

**5、你现在的身体健康情况如何？**

（1） 非常好

（2） 好

（3） 一般

（4） 差

（5） 很差

**6、你是从哪里知道我们医院的戒烟门诊？**

（1） 本医院医生告知

（2） 家人告知

（3） 本医院内宣传

（4） 其他

**第二部分 吸烟相关情况**

**7、在过去30天内，你平均每天吸多少支烟？**

（1） 每天吸 支

（2） 偶尔吸，平均每周吸 支

（3） 没有吸过（结束填写）

**8、你吸烟多久了？\_\_\_\_\_\_年（如果不到1年，那么吸烟 个月）**

**9、你起床后多久吸第一支烟？**

（1） 5分钟以内

（2） 6-30分钟

（3） 31-60分钟

（4） 60分钟以上

**10、你尝试过戒烟吗？**

（1） 尝试过

（2） 没尝试

**11、你是否使用过下列产品来帮助你戒烟？（多选）**

（1） 没使用过

（2） 盐酸安非他酮（悦亭）

（3） 酒石酸伐尼克兰（畅沛）

（4） 电子烟

（5） 尼古丁口香糖

（6） 尼古丁贴片

（7） 中草药/中医针灸

（8） 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12、你准备什么时候戒烟？**

（1） 已经开始

（2） 30天之内

（3） 30天之后

**13、你这次决定戒烟的最主要原因是?**

（1） 自身患病

（2） 关注自己和家人健康

（3） 受周围环境影响

（4） 其他

**以下部分由医生填写**

**14、戒烟者当前体重 （Kg）**

**15、CO测量值 （或 色）**

**16、开药情况（医生填写）**

（1） 未使用药物

（2） 盐酸安非他酮\_\_\_\_\_\_\_\_盒

（3） 酒石酸伐尼克兰\_\_\_\_\_\_\_\_盒

（4） 中药 盒/副

（5） 其他

**17、请与吸烟者共同确定戒烟日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日**

请将联系电话（用于随访）和随访预约时间记录在首页。

请注意：所有完成首诊的吸烟者均要在一个月后进行随访。

医生签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**一个月随访：**

随访日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

随访方式：1.电话 2.面访 3.失访

**1、过去30天内，你的身体情况如何？**

（1） 非常好

（2） 好

（3） 一般

（4） 差

（5） 很差

**2、与30天前相比，体重有变化吗？**

（1） 增加\_\_\_\_\_公斤

（2） 减少\_\_\_\_\_公斤

（3） 没有改变

（4） 不知道

**3、（如果是面对面随访）CO测量值 （或 色）**

**4、过去7天内，你平均每天吸多少支烟？**

（1） 没有吸过

（2） 偶尔吸，平均一周吸 支

（3） 每天吸 支

**5、你是否使用过下列产品来帮助你戒烟？（多选）**

（1） 没使用过

（2） 悦亭

（3） 畅沛

（4） 电子烟

（5） 尼古丁口香糖

（6） 尼古丁贴片

（7） 中医药/针灸

（8） 其他

**6、你觉得下列哪一项对你本次戒烟的帮助最大？**

（1） 自己决心

（2） 医生帮助

（3） 药物支持

（4） 家人支持

（5） 电子烟

（6） 没有帮助

**已戒烟者结束填写，仍吸烟者请继续完成下面问题：**

**7、你起床后多久吸第一支烟？**

（1） 5分钟以内

（2） 6-30分钟

（3） 31-60分钟

（4） 60分钟以上

**8、过去30天内，你尝试过戒烟超过24小时吗？**

（1）有，共\_\_\_次，最长一次坚持\_\_\_天不吸烟

（2）没有

**9、如果再次尝试戒烟（在你戒烟过程中），你估计最大的阻碍是什么？**

（1） 烟瘾发作时

（2） 当感到有压力时

（3） 与人争执时

（4） 感到悲伤或遇挫折时

（5） 喝酒、咖啡或茶时

（6） 身边有其他吸烟者时

（7） 其他

医生/护士签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_