

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Έτη καπνίσματος; _____ έτη

Πόσα τσιγάρα καπνίζετε συνήθως την ημέρα;τσιγάρα/ημέρα

Πόσο σύντομα από την ώρα που ξυπνάτε, κάνετε το πρώτο σας τσιγάρο;

σε διάστημα 5 λεπτών 5-30 λεπτά 31-60 λεπτά > 60 λεπτά

Είναι δύσκολο για εσάς, να απέχετε από το κάπνισμα, σε χώρους όπου απαγορεύεται;

Ναι Όχι

Καπνίζετε ακόμα και όταν είστε άρρωστος/η;

Ναι Όχι

Κατά την διάρκεια της ημέρας, ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;

Το πρώτο αφότου ξυπνήσετε Οποιοδήποτε άλλο τσιγάρο κατά την διάρκεια της ημέρας (π.χ. μετά το φαγητό)

Υπάρχει παλιό ή πρόσφατο ιστορικό από:

Άγχος Κατάθλιψη Ψύχωση Χρήση ουσιών/ οιοπνεύματος Άλλο (πιο συγκεκριμένα) _____

Υπάρχουν άλλοι καπνιστές στο σπίτι;

Όχι Ναι (πιο συγκεκριμένα): _____

Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν;

Όχι Ναι → Πότε: _____ Για πόσο: _____

Έχετε χρησιμοποιήσει φάρμακα για να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν;

Βαρενικλίνη (Champix) Βουπροπριόνη (Zyban) Θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης Άλλο: _____

Γιατί θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα;

Υγεία Παιδιά/σύζυγος Εμφάνιση Κοινωνικοί λόγοι Οικονομικοί λόγοι Άλλο: _____

Ποιες είναι οι ανησυχίες σας, σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος;

Αύξηση βάρους Σύνδρομο στέρησης Κοινωνικού τύπου Κατάθλιψη Άγχος Υποτροπή Άλλο: _____

Πως βλέπετε το ενδεχόμενο διακοπής του καπνίσματος, αυτή τη στιγμή;

Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τις επόμενες 30 ημέρες

Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες

Δεν σχεδιάζω να διακόψω το κάπνισμα, τους επόμενους 6 μήνες

Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;

(καθόλου σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (πολύ σημαντικό)

Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;

(καθόλου σίγουρος/η) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (πολύ σίγουρος/η)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ