

戒菸衛教個案紀錄表

機構名稱：		機構代號：				療程初診日期： 年 月 日								
戒菸者基本資料	姓名	身分證字號				手機：請以手機為主								
	出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	電話：請填個人電話 ()					
	居住或戶籍地址	市	鄉鎮	村	路	縣	市區	里		街	段	巷	弄	號
	個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區 *請勾選或簡述(職場、校園、_____)				特殊身分	<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 周) <input type="checkbox"/> 原住民							
目前合併疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 其他													
初診資料	吸菸狀況	已經吸____年____月，最近每天 支(尼古丁*非必填 mg/支) 是否有吸電子煙？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是												
	尼古丁成癮度 ____分 (總計)	1. 起床後多久抽第一支菸？ <input type="checkbox"/> 5分鐘以內 (3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘 (2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內 (1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上 (0分)												
		2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)												
		3. 哪根菸是你最難放棄的？ <input type="checkbox"/> 早上第一支菸 (1分) <input type="checkbox"/> 其他 (0分)												
		4. 您一天最多抽幾支菸？ <input type="checkbox"/> 31支以上 (3分) <input type="checkbox"/> 21-30支 (2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上 (1分) <input type="checkbox"/> 10支或更少 (0分)												
		5. 起床後幾小時內是你一天中抽最多支菸的時候嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)												
		6. 當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)												
設定戒菸日期	年 月 日 (剛戒菸者請填已開始日期；未戒菸者請填預定開始日期，並請避免事情多、高壓力時期)	目前使用戒菸藥物	<input type="checkbox"/> 無 尼古丁替代療法： <input type="checkbox"/> 咀嚼錠 <input type="checkbox"/> 口含錠 <input type="checkbox"/> 貼片 <input type="checkbox"/> 吸入劑 非尼古丁藥物： <input type="checkbox"/> Varenicline <input type="checkbox"/> Bupropion											
本次戒菸衛教內容摘要														
確實告知接受戒菸治療之權利義務	1. 本人已充分瞭解戒菸衛教服務內容，同意參加衛教服務，期間將接受衛教人員一對一，面對面之戒菸衛教，並為我設立戒菸簡歷，幫助我確立戒菸的理由以及其他相關評估。 2. 每年最多接受2次衛教服務的療程，每次療程限8次衛教、限於同一合約醫事機構90天內完成；若於貴醫事機構期間，又另赴其他醫事機構進行衛教服務，則視同放棄本次未完成之第1療程，進入第2療程。 3. 本人同意貴合約醫事機構將本人戒菸服務相關病歷資訊提供國民健康署，由該署或其委託專業機構、團體進行戒菸相關訪查、電話調查及進行個案資料蒐集。 個案同意以上聲明，自願接受戒菸衛教，並同意個資蒐集利用 簽署_____													
醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章_____														
後續衛教狀況 不得請個案一次簽多次名														
就診序次 2	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*							衛教人員					
	吸菸狀況(支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**							個案簽名	每次衛教僅簽1次名				

衛教紀錄

不得請個案一次簽多次名

就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	衛教 人員	個案 簽名 每次衛教僅簽1次名
	吸菸狀況 (支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**		
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	衛教 人員	個案 簽名 每次衛教僅簽1次名
	吸菸狀況 (支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**		
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	衛教 人員	個案 簽名 每次衛教僅簽1次名
	吸菸狀況 (支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**		
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	衛教 人員	個案 簽名 每次衛教僅簽1次名
	吸菸狀況 (支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**		
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	衛教 人員	個案 簽名 每次衛教僅簽1次名
	吸菸狀況 (支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**		
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	衛教 人員	個案 簽名 每次衛教僅簽1次名
	吸菸狀況 (支/天)	請以文字說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號)**		

*副作用或戒斷症狀代號：A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛 H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無

**衛教內容代號：提供戒菸協助：01 強化戒菸意願 02 了解戒菸困難 03 傾聽戒菸歷程
 增強動機：11 表達同理心 12 強化自信 13 關聯性 14 危險性 15 戒菸好處 16 戒菸障礙
 剛戒菸者：21 給予肯定 22 了解個案是否感覺到戒菸的好處

處理戒菸遇到的困難：31 戒斷症狀 32 負面情緒 33 體重增加 34 缺乏支持 35 有時又抽

本計畫經費來自菸品健康福利捐

不得請個案一次簽多次名