

附件一：

戒菸衛教個案諮詢追蹤報告

藥師姓名：	執業藥局：
聯絡電話：	高階課程場次：
訪視時間/地點：	藥師提出報告日期：

戒菸同意書

我了解我正在接受社區藥局藥師的戒菸輔導，我了解參加這個戒菸輔導藥師將為我設立戒菸簡歷，內容包括基本資料、健康情形、目前用藥情況、菸癮評估，我並且了解我將接受藥師為我進行戒菸輔導課程講解，幫助我確立戒菸的理由、分析吸菸的花費、解說尼古丁替代療法以及其他相關評估與追蹤，並同時作訪談紀錄。

戒菸者填寫	我了解並自願參加此戒菸輔導課程。 參與戒菸者簽名：_____
藥師填寫	我相信這份同意書是由有足夠判斷能力的戒菸者被充分告知後自願簽署的。我將提供他戒菸輔導課程。 藥師簽名：_____
	日期：中華民國_____年_____月_____日

戒菸個案專用紀錄總表

個案基本資料

初次填報日期: ___年___月___日

姓名：	身分證字號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期： 年 月 日	年齡：	婚姻： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
		懷孕： <input type="checkbox"/> 是(懷孕___周) <input type="checkbox"/> 否
住址：□□□	教育情形： <input type="checkbox"/> 小學以下 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所	
身高：_____公分	電話：(H)	(O)
體重：_____公斤	手機：	

1. 藥物過敏史：不知道 無 有，_____
2. 是否有飲酒習慣：否 偶爾，每週___次;每次___杯 是，每天___杯 酒名_____
3. 是否有藥癮：否 是，_____
4. 已經抽菸_____年_____月，最近三個月內每天_____包(或_____支)
過去一年內幾次戒菸超過 24 小時沒有 有，_____次

目前是否合併下列疾病 是 否(跳過此題，回答下一題)

<input type="checkbox"/> 惡性腫瘤	<input type="checkbox"/> 高血壓性疾病	<input type="checkbox"/> 腎病
<input type="checkbox"/> 腦血管疾病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臟疾病
<input type="checkbox"/> 肺部疾病	<input type="checkbox"/> 肝病	其他_____

目前是否服用藥品(指連續服用三個月以上) 是 否(跳過此題，回答下一題)

藥名/含量	劑量/用法	起始日期	停止日期	適應症	備註

諮商紀錄表

	日期	體重 (Kg)	吸菸狀況 (支/天)	戒斷症狀代碼	目前戒菸藥品 (品名/用量/用法)	尼古丁成癮度 總分
Day 2						
Day 4						
Day 8						

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

尼古丁成癮度

1.起床後多久抽第一支菸? □ 5 分鐘以內 (3分)	□ 5-30 分鐘 (2分)	□ 31-60 分鐘 (1分)	□ 60 分鐘以上 (0分)
2.在禁菸場所不能吸菸會讓你難忍受嗎?	□是 (1分)		□否 (0分)
3.哪根菸是你最難放棄的?	□早上第一支菸 (1分)		□其他 (0分)
4.您一天最多抽幾支菸? □31 支以上 (3分)	□ 21-30 支 (2分)	□ 11-20 支 (1分)	□10 支或更少 (0分)
5.起床後幾小時內是您一天中抽最多支菸的時候嗎?	□是 (1分)		□否 (0分)
6.當您嚴重生病時,幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎?	□是 (1分)		□否 (0分)
總 分	共 _____ 分		

戒菸計劃

- 你戒菸開始日期是哪一天? 年 月 日
- 你認為最能支持你戒菸的人是誰? 姓名: _____ 聯絡方式: _____

尼古丁替代療法

- 個案是否有意願進行尼古丁替代療法? 是 否
- 個案是否有下列禁忌症?
急性心肌梗塞初期(兩週內) 嚴重心律不整 嚴重且惡化之心絞痛、高血壓
甲狀腺機能亢進 第一型糖尿病 孕婦、授乳婦女或青少年 每天抽菸數量不超過10支者
- 藥師評估是否需要使用尼古丁替代療法? 需要 不需要 近期再評估
- 建議使用之尼古丁替代療法為: 貼片 口嚼錠 口含錠 吸入劑

開始時間: ___點___分;結束時間: ___點___分 藥師簽章: _____

總訪談時間: _____分鐘 預約下次電訪時間: ___月___日___點
 個案簽章: _____

是否有戒斷症狀？(請勾選)

1. 過去一天，你曾經想要抽菸嗎？ 是，抽菸_____支 否

2. 戒菸這段期間是不是有不舒服的感覺或下列症狀？

- 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

3. 病患如何處理戒斷症狀？(請勾選)

藥師建議處理方式？(請勾選)

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 焦慮、躁動不安:使用放鬆,冥想的技巧;散步;洗浴 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中:放輕鬆,放慢做事的步調,分清事情的緩急輕重按部就班去做 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 心跳變慢:尼古丁會增加心跳,戒菸後心跳會變慢,屬正常現象 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 食慾增加:以口慾的控制,或改吃低熱量及低脂食物,並以增加運動量來改善 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 睡眠障礙:運用肌肉放鬆,冥想的技巧,注意飲食,適當運動,保持良好睡眠及衛生習慣 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 頭暈、頭痛:放輕鬆,緩慢呼吸,洗個舒服的澡,好好休息 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 疲倦:放鬆,小睡,休息,降低期望的標準 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 噁心、嘔吐:戒菸口嚼錠嚼法是否錯誤?貼戒菸貼片又過度抽菸也會有此現象 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 腸胃不適(便秘、腹脹):喝水,吃水果,蔬菜,喝天然果汁,注意飲食 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 皮膚發癢、皮膚紅疹:注意是否與貼片部位有關,請與醫療人員聯絡 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 咳嗽、口乾、喉嚨不適:喝水,嚼冰塊,嚼口香糖,吃水果,吃蔬菜 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 情緒低落、憂鬱:放鬆,自我肯定,認知性處理,求醫使用抗憂鬱劑 | <input type="checkbox"/> |
| (其它症狀,請註明) _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> |

4. 評估病患使用替代療法是否能緩解症狀？ 是 否，請註明原因_____

5. 尼古丁替代療法的使用情形：

- 戒菸貼片：_____片，每片含尼古丁_____mg
 戒菸口嚼錠：_____錠，每錠含尼古丁_____mg
 尼古丁口含錠：_____錠，每錠含尼古丁_____mg
 尼古丁吸入劑：_____管，每管含尼古丁_____mg
- 總尼古丁量： _____mg

6. 病患是否正確使用尼古丁替代療法：是 否，請註明原因_____

電話開始時間：_____點_____分

結束時間：_____點_____分

總訪談時間：_____分鐘

藥師簽章：

預約下次電訪時間：_____月_____日_____點

個案簽章：

是否有想吸菸的感覺？

1. 過去三天，你曾經想要抽菸嗎？ 是，每天抽菸_____支 否

2. 什麼情況下有吸菸的念頭？

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 出入娛樂場所 | <input type="checkbox"/> 面臨壓力或緊張 | <input type="checkbox"/> 突然想抽菸 |
| <input type="checkbox"/> 吃完飯後 | <input type="checkbox"/> 看到別人抽菸且很享受時 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 心情輕鬆愉快時 | <input type="checkbox"/> 別人主動請你抽菸 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 情緒憂鬱沮喪時 | <input type="checkbox"/> 剛起床時 | |

3. 當時的處理方式？

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抽了一根菸 | <input type="checkbox"/> 刷牙或洗臉 | <input type="checkbox"/> 身上沒香菸，就忍過去了 |
| <input type="checkbox"/> 強忍過去 | <input type="checkbox"/> 喝水 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 深呼吸數次 | <input type="checkbox"/> 咬筆桿或吃蔬菜條 | |
| <input type="checkbox"/> 默數 1~100 | <input type="checkbox"/> 拒絕了別人的請菸 | |

4. 藥師建議處理方式

- 在撞球間、賭場、酒吧等娛樂場所
戒菸期間，不要進出這種「菸味」很重的場合，建議選擇禁菸區或非吸菸區當作聚會娛樂的場所
- 吃完飯後
吃完飯應該要立刻離開飯桌或可以站起來四處走動走動
- 當心情輕鬆愉快的時候
不要拿香菸和食物當作犒賞，聽音樂或者找朋友聊天分享你的快樂
- 當情緒憂鬱沮喪的時候
出去走走可以緩和心情，當你或你的家人發現你又抽菸，你會更沮喪
- 當面臨壓力或緊張的時候
深呼吸緩和情緒，雙手互握，避免吸菸的習慣性動作
- 當看到有人抽菸而且很享受的時候
你應該避免出現在吸菸區，把自己當成非吸菸者，給他一個白眼
- 有人主動請你抽菸時
告訴周邊親朋好友，你戒菸的決心，明確的告訴請你抽菸的人，「多謝，我不吸菸」
- 每天剛起床的時候
起床後立刻刷牙洗臉，保持頭腦清醒、口氣清新

5. 戒菸這段期間是不是有不舒服的感覺或下列症狀？

- 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

6. 尼古丁替代療法的使用情形：

- 戒菸貼片：_____片，每片含尼古丁_____mg
- 戒菸口嚼錠：_____錠，每錠含尼古丁_____mg
- 尼古丁口含錠：_____錠，每錠含尼古丁_____mg
- 尼古丁吸入劑：_____管，每管含尼古丁_____mg 總尼古丁量：_____mg

8. 病患是否正確使用尼古丁替代療法： 是 否，請註明原因_____

開始時間：_____點_____分	藥師簽章：
結束時間：_____點_____分	預約下次面談時間：_____月_____日_____點
總訪談時間：_____分鐘	個案簽章：

是否已經感受到戒菸的好處？

1. 是否回復抽菸？ 是，每天抽菸_____支(請答第 2 題) 否(請直接跳答第 3 題)

2. 重新確認戒菸的理由，鼓勵完全戒煙法

3. 戒菸這段期間是不是有不舒服的感覺或下列症狀？

- 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

4. 尼古丁替代療法的使用情形：

- 戒菸貼片：_____片，每片含尼古丁_____mg
 戒菸口嚼錠：_____錠，每錠含尼古丁_____mg
 尼古丁口含錠：_____錠，每錠含尼古丁_____mg
 尼古丁吸入劑：_____管，每管含尼古丁_____mg 總尼古丁量：_____mg

5. 病患是否正確使用尼古丁替代療法： 是 否

8. 是否需轉介其他服務 否 是，請勾選(並填寫戒菸轉介單)

- 轉介醫師戒菸門診
 轉介_____科別醫師門診
 轉介戒菸專線心理諮商(戒煙專線 - 0800636363)
 轉介醫院戒菸班課程
 轉介其他服務 _____

9. 是否感受到戒菸的好處？

短期	中期	長期
<input type="checkbox"/> 空氣清新	<input type="checkbox"/> 精力充沛	<input type="checkbox"/> 肺功能增強
<input type="checkbox"/> 食物美味	<input type="checkbox"/> 呼吸系統疾病減少	<input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病危險下降
<input type="checkbox"/> 沒有菸臭	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍發生率降低	<input type="checkbox"/> 癌症危險下降
<input type="checkbox"/> 牙齒變白	<input type="checkbox"/> 皮膚彈性變好	<input type="checkbox"/> 中風危險下降
		<input type="checkbox"/> 孕婦生出體重不足嬰兒機率下降
		<input type="checkbox"/> 省錢

備註

開始時間：_____點_____分

藥師簽章：

結束時間：_____點_____分

個案簽章：

總訪談時間：_____分鐘

預約下次面談時間：____月__日____點