

ส่วนที่ 2 ผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ

แผนการบำบัด และการติดตามผล	ครั้งแรก	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
1. รูปแบบการให้ คำแนะนำปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> Brief Counseling <input type="checkbox"/> Individual Counseling <input type="checkbox"/> Group Counseling <input type="checkbox"/> Motivational Interview <input type="checkbox"/> แจกสื่อ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ).....	<input type="checkbox"/> Brief Counseling <input type="checkbox"/> Individual Counseling <input type="checkbox"/> Group Counseling <input type="checkbox"/> Motivational Interview <input type="checkbox"/> แจกสื่อ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ).....	<input type="checkbox"/> Brief Counseling <input type="checkbox"/> Individual Counseling <input type="checkbox"/> Group Counseling <input type="checkbox"/> Motivational Interview <input type="checkbox"/> แจกสื่อ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ).....
2. ระยะเวลาให้ คำปรึกษา	..... นาที	..... นาที	..... นาที
3. ท่านได้ให้ผู้ป่วยเลิก บุหรี่ในทันทีหรือไม่	<input type="checkbox"/> เลิกทันที <input type="checkbox"/> ค่อยๆ ลดจนเลิก <input type="checkbox"/> สูบอย่างเดิมไปจนถึงกำหนดวันเลิก จึงค่อยเลิกสูบ	<input type="checkbox"/> เลิกทันที <input type="checkbox"/> ค่อยๆ ลดจนเลิก <input type="checkbox"/> สูบอย่างเดิมไปจนถึงกำหนดวันเลิก จึงค่อยเลิกสูบ	<input type="checkbox"/> เลิกทันที <input type="checkbox"/> ค่อยๆ ลดจนเลิก <input type="checkbox"/> สูบอย่างเดิมไปจนถึงกำหนดวันเลิก จึงค่อยเลิกสูบ
4. กำหนดวันเลิกบุหรี่	<input type="checkbox"/> วันนี้ <input type="checkbox"/> ภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่มีกำหนด	<input type="checkbox"/> วันนี้ <input type="checkbox"/> ภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่มีกำหนด	<input type="checkbox"/> วันนี้ <input type="checkbox"/> ภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่มีกำหนด
5. การจ่ายยาช่วยเลิก บุหรี่ ระบุจำนวน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) อื่น ๆ เช่น หนุ่ยดอก ขาว, รางจีต, มะนาว	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปาก.....ขวด <input type="checkbox"/> หมากฝรั่งนิโคติน.....แผง <input type="checkbox"/> แผ่นแปะนิโคติน.....แผ่น () ขนาด 21 มิลลิกรัม () ขนาด 14 มิลลิกรัม () ขนาด 7 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> bupropion.....เม็ด <input type="checkbox"/> varenicline.....เม็ด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปาก.....ขวด <input type="checkbox"/> หมากฝรั่งนิโคติน.....แผง <input type="checkbox"/> แผ่นแปะนิโคติน.....แผ่น () ขนาด 21 มิลลิกรัม () ขนาด 14 มิลลิกรัม () ขนาด 7 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> bupropion.....เม็ด <input type="checkbox"/> varenicline.....เม็ด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปาก.....ขวด <input type="checkbox"/> หมากฝรั่งนิโคติน.....แผง <input type="checkbox"/> แผ่นแปะนิโคติน.....แผ่น () ขนาด 21 มิลลิกรัม () ขนาด 14 มิลลิกรัม () ขนาด 7 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> bupropion.....เม็ด <input type="checkbox"/> varenicline.....เม็ด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
6. ใช้การบำบัด ทางเลือก	() ไม่ใช้ () ใช้ ระบุ <input type="checkbox"/> นวดผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> นวดกดจุด <input type="checkbox"/> ผิงเข็ม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สปา <input type="checkbox"/> ผักสมาริ	() ไม่ใช้ () ใช้ ระบุ <input type="checkbox"/> นวดผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> นวดกดจุด <input type="checkbox"/> ผิงเข็ม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สปา <input type="checkbox"/> ผักสมาริ	() ไม่ใช้ () ใช้ ระบุ <input type="checkbox"/> นวดผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> นวดกดจุด <input type="checkbox"/> ผิงเข็ม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สปา <input type="checkbox"/> ผักสมาริ
7. การประเมินสภาพ ร่างกายเบื้องต้น - ระดับก๊าซ CO - น้ำหนักตัว - ความดันโลหิต - ชีพจร - 2Q	.....ppm .....กิโลกรัม ...../.....มม.ปรอท .....ครั้ง/นาที .....คะแนน	.....ppm .....กิโลกรัม ...../.....มม.ปรอท .....ครั้ง/นาที .....คะแนน	.....ppm .....กิโลกรัม ...../.....มม.ปรอท .....ครั้ง/นาที .....คะแนน

แผนการบำบัด และการติดตามผล	ครั้งแรก	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
8. ท่านมีอาการอยาก บุหรีหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ () หงุดหงิด ฉุนเฉียว () วิดกกังวล () นอนไม่หลับ () ไม่มีสมาธิ () ง่วงนอน () หิวบ่อยกินเก่ง () ซึมเศร้า () เวียนศีรษะ () อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ () หงุดหงิด ฉุนเฉียว () วิดกกังวล () นอนไม่หลับ () ไม่มีสมาธิ () ง่วงนอน () หิวบ่อยกินเก่ง () ซึมเศร้า () เวียนศีรษะ () อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ () หงุดหงิด ฉุนเฉียว () วิดกกังวล () นอนไม่หลับ () ไม่มีสมาธิ () ง่วงนอน () หิวบ่อยกินเก่ง () ซึมเศร้า () เวียนศีรษะ () อื่นๆ.....
9. ท่านยังสูบบุหรี่อยู่ หรือไม่	<input type="checkbox"/> เลิกได้ <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรี่.....มวน /.....	<input type="checkbox"/> เลิกได้ (ตอบข้อ 10) <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรี่.....มวน /.....	<input type="checkbox"/> เลิกได้ (ตอบข้อ 10) <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรี่.....มวน /.....
10. ท่านเลิกบุหรีได้ หลังเข้ารับการบำบัด กี่สัปดาห์		.....สัปดาห์	.....สัปดาห์
11. ผลข้างเคียงของยา ที่ให้ไประบุ.....		<input type="checkbox"/> ปากแห้ง <input type="checkbox"/> คอแห้ง <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก <input type="checkbox"/> แผลในปาก <input type="checkbox"/> เจ็บกราม <input type="checkbox"/> ผิวหนังอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดหัว <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> ผื่นร้าย <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ท้องเฟ้อ <input type="checkbox"/> ชัก <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คิดฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปากแห้ง <input type="checkbox"/> คอแห้ง <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก <input type="checkbox"/> แผลในปาก <input type="checkbox"/> เจ็บกราม <input type="checkbox"/> ผิวหนังอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดหัว <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> ผื่นร้าย <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ท้องเฟ้อ <input type="checkbox"/> ชัก <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คิดฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
12. คุณภาพชีวิตของ ผู้รับการบำบัด		<input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> แย่ลง	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> แย่ลง
13. นัดครั้งต่อไป	.....	.....	.....
14. การติดตามผู้รับ การบำบัดกรณีไม่มา ตามนัด		<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้าน () หยุดได้ () ยังสูบบุหรี่.....มวน () ติดตามไม่ได้	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้าน () หยุดได้ () ยังสูบบุหรี่.....มวน () ติดตามไม่ได้
15. สรุปการจำหน่าย		<input type="checkbox"/> ติดตามไม่ได้ 2 ครั้งของการนัด <input type="checkbox"/> บอกเลิกการบำบัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ติดตามไม่ได้ 2 ครั้งของการนัด <input type="checkbox"/> บอกเลิกการบำบัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ลงชื่อผู้บำบัด			

แผนการบำบัด และการติดตามผล	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....	ครั้งที่ 6 วันที่.....
1. รูปแบบการให้ คำแนะนำปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> Brief Counseling <input type="checkbox"/> Individual Counseling <input type="checkbox"/> Group Counseling <input type="checkbox"/> Motivational Interview <input type="checkbox"/> แจกสื่อ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ).....	<input type="checkbox"/> Brief Counseling <input type="checkbox"/> Individual Counseling <input type="checkbox"/> Group Counseling <input type="checkbox"/> Motivational Interview <input type="checkbox"/> แจกสื่อ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ).....	<input type="checkbox"/> Brief Counseling <input type="checkbox"/> Individual Counseling <input type="checkbox"/> Group Counseling <input type="checkbox"/> Motivational Interview <input type="checkbox"/> แจกสื่อ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ).....
2. ระยะเวลาให้ คำปรึกษา	..... นาที	..... นาที	..... นาที
3. ท่านได้ให้ผู้ช่วยเลิก บุหรีในทันทีหรือไม่	<input type="checkbox"/> เลิกทันที <input type="checkbox"/> ค่อยๆ ลดจนเลิก <input type="checkbox"/> สูบอย่างเดิมไปจนถึงกำหนดวันเลิก จึงค่อยเลิกสูบ	<input type="checkbox"/> เลิกทันที <input type="checkbox"/> ค่อยๆ ลดจนเลิก <input type="checkbox"/> สูบอย่างเดิมไปจนถึงกำหนดวันเลิก จึงค่อยเลิกสูบ	<input type="checkbox"/> เลิกทันที <input type="checkbox"/> ค่อยๆ ลดจนเลิก <input type="checkbox"/> สูบอย่างเดิมไปจนถึงกำหนดวันเลิก จึงค่อยเลิกสูบ
4. กำหนดวันเลิกบุหรี	<input type="checkbox"/> วันนี้ <input type="checkbox"/> ภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่มีกำหนด	<input type="checkbox"/> วันนี้ <input type="checkbox"/> ภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่มีกำหนด	<input type="checkbox"/> วันนี้ <input type="checkbox"/> ภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่มีกำหนด
5. การจ่ายยาช่วยเลิก บุหรี ระบุจำนวน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) อื่น ๆ เช่น หญ้าดอก ขาว, รากเจ็ด, มะนาว	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปาก.....ขวด <input type="checkbox"/> หมากฝรั่งนิโคติน.....แผง <input type="checkbox"/> แผ่นแปะนิโคติน.....แผ่น () ขนาด 21 มิลลิกรัม () ขนาด 14 มิลลิกรัม () ขนาด 7 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> bupropion.....เม็ด <input type="checkbox"/> varenicline.....เม็ด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปาก.....ขวด <input type="checkbox"/> หมากฝรั่งนิโคติน.....แผง <input type="checkbox"/> แผ่นแปะนิโคติน.....แผ่น () ขนาด 21 มิลลิกรัม () ขนาด 14 มิลลิกรัม () ขนาด 7 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> bupropion.....เม็ด <input type="checkbox"/> varenicline.....เม็ด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปาก.....ขวด <input type="checkbox"/> หมากฝรั่งนิโคติน.....แผง <input type="checkbox"/> แผ่นแปะนิโคติน.....แผ่น () ขนาด 21 มิลลิกรัม () ขนาด 14 มิลลิกรัม () ขนาด 7 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> bupropion.....เม็ด <input type="checkbox"/> varenicline.....เม็ด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
6. ใช้การบำบัด ทางเลือก	() ไม่ใช้ () ใช้ ระบุ <input type="checkbox"/> นวดผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> นวดกดจุด <input type="checkbox"/> ผิงเข็ม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สปา <input type="checkbox"/> ผึกสมาริ	() ไม่ใช้ () ใช้ ระบุ <input type="checkbox"/> นวดผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> นวดกดจุด <input type="checkbox"/> ผิงเข็ม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สปา <input type="checkbox"/> ผึกสมาริ	() ไม่ใช้ () ใช้ ระบุ <input type="checkbox"/> นวดผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> นวดกดจุด <input type="checkbox"/> ผิงเข็ม <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สปา <input type="checkbox"/> ผึกสมาริ
7. การประเมินสภาพ ร่างกายเบื้องต้น - ระดับก๊าซ CO - น้ำหนักตัว - ความดันโลหิต - ชีพจร - 2Q	.....ppm .....กิโลกรัม ...../.....มม.ปรอท .....ครั้ง/นาที .....คะแนน	.....ppm .....กิโลกรัม ...../.....มม.ปรอท .....ครั้ง/นาที .....คะแนน	.....ppm .....กิโลกรัม ...../.....มม.ปรอท .....ครั้ง/นาที .....คะแนน

แผนการบำบัด และการติดตามผล	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....	ครั้งที่ 6 วันที่.....
8. ท่านมีอาการอยาก บุหรืหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ () หงุดหงิด ฉุนเฉียว () วิดกกังวล () นอนไม่หลับ () ไม่มีสมาธิ () ง่วงนอน () หิวบ่อยกินเก่ง () ซึมเศร้า () เวียนศีรษะ () อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ () หงุดหงิด ฉุนเฉียว () วิดกกังวล () นอนไม่หลับ () ไม่มีสมาธิ () ง่วงนอน () หิวบ่อยกินเก่ง () ซึมเศร้า () เวียนศีรษะ () อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ () หงุดหงิด ฉุนเฉียว () วิดกกังวล () นอนไม่หลับ () ไม่มีสมาธิ () ง่วงนอน () หิวบ่อยกินเก่ง () ซึมเศร้า () เวียนศีรษะ () อื่นๆ.....
9.ท่านยังสูบบุหรือยู่ หรือไม่	<input type="checkbox"/> เลิกได้ <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรื.....มวน /.....	<input type="checkbox"/> เลิกได้ (ตอบข้อ 10) <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรื.....มวน /.....	<input type="checkbox"/> เลิกได้ (ตอบข้อ 10) <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรื.....มวน /.....
10. ท่านเลิกบุหรืได้ หลังได้รับการบำบัด ที่สัปดาห์		.....สัปดาห์	.....สัปดาห์
11. ผลข้างเคียงของยา ที่ให้ประบุ.....		<input type="checkbox"/> ปากแห้ง <input type="checkbox"/> คอแห้ง <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก <input type="checkbox"/> แผลในปาก <input type="checkbox"/> เจ็บกราม <input type="checkbox"/> ผิวหนังอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดหัว <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> ผื่นร้าย <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ท้องเฟ้อ <input type="checkbox"/> ชัก <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คิดฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปากแห้ง <input type="checkbox"/> คอแห้ง <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก <input type="checkbox"/> แผลในปาก <input type="checkbox"/> เจ็บกราม <input type="checkbox"/> ผิวหนังอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดหัว <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> ผื่นร้าย <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ท้องเฟ้อ <input type="checkbox"/> ชัก <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คิดฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
12. คุณภาพชีวิตของ ผู้รับการบำบัด		<input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> แย่ลง	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> แย่ลง
13. นัดครั้งต่อไป	.....	.....	.....
14. การติดตามผู้รับ การบำบัดกรณีไม่มา ตามนัด		<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้าน () หยุดได้ () ยังสูบบุหรื.....มวน () ติดตามไม่ได้	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้าน () หยุดได้ () ยังสูบบุหรื.....มวน () ติดตามไม่ได้
15. สรุปการจำหน่าย		<input type="checkbox"/> ติดตามไม่ได้ 2 ครั้งของการนัด <input type="checkbox"/> บอกเลิกการบำบัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ติดตามไม่ได้ 2 ครั้งของการนัด <input type="checkbox"/> บอกเลิกการบำบัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ลงชื่อผู้บำบัด			