תוכנית פעולה לגמילה מעישון

1. תאריך גמילה מעישון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. שיטת הגמילה שבחרתי בה: (לסמן את כל האפשרויות המתאימות)
* לבד, ללא כל עזרה
* ירידה הדרגתית
* הפסקה בבת אחת
* תמיכה בעזרת טיפול תרופתי. במידה וכן, בחרתי להשתמש ב:
	+ תחליפי ניקוטין
	+ תרופת מרשם
* תמיכה פסיכולוגית התנהגותית. במידה וכן, בחרתי להשתמש ב:
	+ ליווי של רופא המשפחה
	+ ליווי אישי של יועץ לגמילה מעישון
	+ ייעוץ טלפוני דרך הקופה
	+ סדנה קבוצתית לגמילה מעישון
* אפשרויות תמיכה נוספות. במידה וכן, בחרתי להשתמש ב:
	+ קהילת כמוני לגמילה מעישון
	+ קבוצת פייסבוק "מפסיקים לעשן ביחד עכשיו"
1. הטריגים שלי לסיגריה וכיצד אתמודד איתם:

|  |  |
| --- | --- |
| הטריגרים/מצבים מסוכנים שלי | כיצד אתמודד איתם |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. הפרסים שלי על גמילה מעישון:

|  |  |
| --- | --- |
| זמן שאני לא מעשן | הפרס שלי |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |