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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |