

## فرم ۶ - پرسشنامه دارویی

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

- آیا به طور مرتب قرص را مصرف کرده اید؟

بلی  خیر  متغیر

- هر روز چند عدد قرص مصرف کرده اید؟

۰  ۱-۲  ۳-۴  ۵-۶  متغیر

- مدت زمان مکیده شدن قرص چقدر است؟

حدود ۳۰ ثانیه  حدود ۱ دقیقه  حدود ۱/۵ دقیقه  حدود ۲ دقیقه

- نظرتان درباره طعم قرص چیست؟

خوب  بد و قابل تحمل  غیر قابل تحمل

- آیا مصرف قرص عارضه ای دارد؟

خیر  بلی نوع: .....

- بعد از ۱ هفته مصرف قرص چند درصد میل به کشیدن سیگار دارید؟

صفر  ۲۵٪  ۵۰٪  ۷۵٪  ۱۰۰٪

- اکنون روزانه چند عدد سیگار می کشید؟

صفر  ۱-۲  ۳-۴  ۵-۶  بیشتر  متغیر