

101 年新北市社區藥局戒菸服務補助計畫

一、目的：

依據國民健康局民國 99 年成人吸菸行為調查新北市 18 歲以上成年人吸菸率為 23.72% (全國為 19.77%)，男女吸菸率分別為 44.03% 及 3.55% (全國為 34.98%、4.10%)，以此推估，成年吸菸人口約 75 萬人。為降低新北市成年人吸菸率，且提供吸菸者便利性、可近性及專業性之戒菸方法及藥物戒菸服務，本局擬辦理「社區藥局戒菸服務補助計畫」，藉由藥局與社區吸菸者接觸機會甚多的優勢，提供 18 歲以上之吸菸成癮者 8 週的免費藥物治療及追蹤諮詢服務，藉以提升吸菸者戒治動機及克服成癮性，以提高新北市吸菸者嘗試戒菸及成功停止吸菸之比率，降低吸菸所導致之健康危害，維護市民健康。

二、時間：

簽約日起至 101 年 11 月 10 日止。

三、計畫目標：

1. 預計結合 300 家社區藥局提供戒菸服務。
2. 預計提供戒菸服務達 5,000 人次。

四、內容：

(一)服務人員：須為社區藥局藥師或藥劑生。

(二)服務對象：目前 18 歲(含)以上且有吸菸者。

(三)服務內容：**(請戒菸者提供身分證或其他足以證明身分之證件，以核對是否確為本人，如有不符，應不予受理)**

1. 戒菸諮詢：提供有關菸品危害及戒菸相關資訊，如：菸與肺、吸菸與健康、尼古丁藥品的介紹等，並填寫戒菸諮詢紀錄表 (如附件 1)。
2. 轉介服務：民眾接受戒菸服務後，
 - (1)轉介門診戒菸醫療院所：針對有意願至門診戒菸者，協助填寫轉介單，並轉介至有開辦門診戒菸之醫療院所。個案經門診戒菸看診後(需蓋醫療院所章)，由填寫藥局將轉介單 (如附件 3)繳回轄區衛生所，作為核銷依據。
 - (2)轉介戒菸專線服務中心：針對有意願接受戒菸專線服務中心戒菸協助者，由個案親自填寫服務同意書(如附件 3)，確實填寫完成個案給予其宣導品 1 份，後由藥局將同意書繳回轄區衛生所，再由本局轉介至戒菸專線服務中心。
3. 提供免費戒菸藥品：由本局統一採購，預計採購 10,000 盒。

個案經戒菸諮詢後，針對尼古丁成癮度達4分(含)以上，或平均1天吸10支菸(含)以上之有意願戒菸者，提供至多8週的免費戒菸藥品(自開始領藥日算起，8週藥品須於同一社區藥局領取且於90天內完成用藥，每次最多可提供2週用藥)，並於戒菸諮詢紀錄表填寫尼古丁使用及戒治情形。

4. 後續追蹤(可電話諮詢)：有意願戒菸者，社區藥局藥師(或藥劑生)於戒菸諮詢次日起，辦理第7、14、30、60、90天的後續追蹤(請於100天內完成追蹤服務)，了解民眾戒菸情形、協助解決戒菸困難，並填寫戒菸追蹤紀錄表(如附件2)。

五、服務費用：

項目	戒菸諮詢	轉介門診戒菸 並實際就診	後續追蹤
支付標準	每案30元。 *應確實對戒菸者進行戒菸評估與衛教，且須完整填寫戒菸諮詢紀錄表。	每案20元。 *個案經門診戒菸看診後(需蓋醫療院所章)，由填寫藥局將轉介單繳回轄區衛生所。	1. 完成第7天追蹤，每案給付50元。 2. 完成第7、14天追蹤，每案給付130元。 3. 完成第7、14、30天追蹤，每案給付230元。 4. 完成第7、14、30、60天追蹤，每案給付330元。 5. 完成第7、14、30、60、90天追蹤，每案給付430元。 *以上追蹤均須完整填寫戒菸個案追蹤表。 *本局(或衛生所)將進行電話抽查，經抽查後未實施後續追蹤則不予經費給付。

六、經費核銷：

請於每月5日前彙整上個月服務清冊(如附件4)、戒菸諮詢紀錄表、戒菸追蹤紀錄表、領據(如附件5)供各區衛生所辦理經費核銷作業。

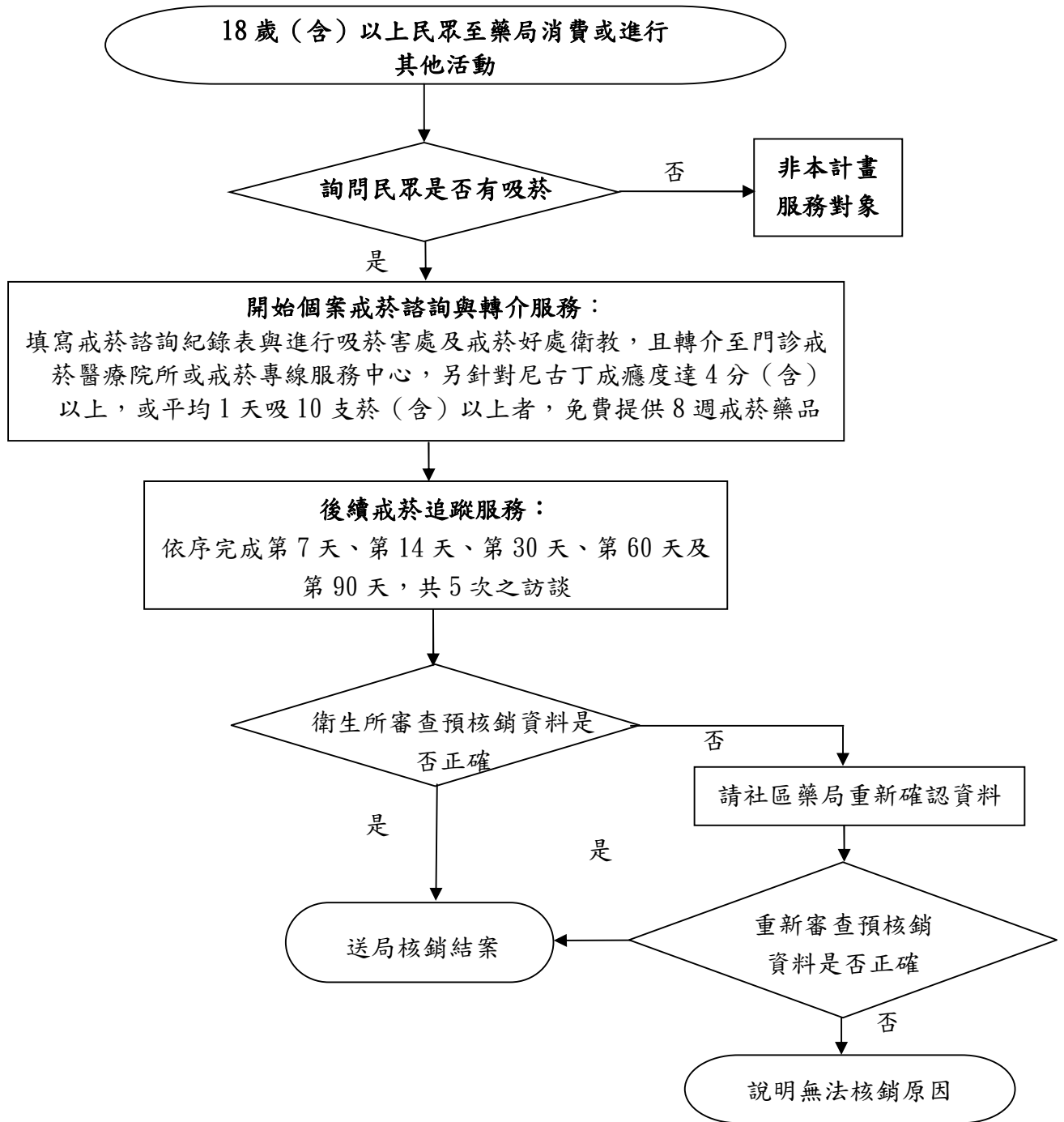
七、獎勵辦法：

依各社區藥局實際執行戒菸諮詢服務人數評比排序取前5名，惟後續追蹤服務人數須達50人以上始列為評比，頒發獎牌及禮券以茲感謝。

名次	獎勵內容
第1名	獎牌及禮券12,000元
第2名	獎牌及禮券10,000元

第 3 名	獎牌及禮券 8,000 元
第 4 名	獎牌及禮券 6,000 元
第 5 名	獎牌及禮券 5,000 元

八、社區藥局辦理戒菸服務補助計畫流程圖



101 年新北市社區藥局戒菸服務補助計畫合作聲明書

【
藥局】同意辦理本局 101 年新北市社區藥局戒菸服務補助計畫，自簽訂日起至 101 年 11 月 10 日止，協助辦理項目為：

- (1) 戒菸諮詢
- (2) 提供免費戒菸藥品
- (3) 轉介戒菸專線服務中心
- (4) 轉介門診戒菸醫療院所
- (5) 戒菸後續追蹤

此致

新北市政府衛生局

機構名稱：

機構地址：

機構電話：

機構負責人：

機構印信：

中華民國 101 年 月 日

附件二：

() 藥局第 _____ 天戒菸追蹤紀錄表 編號： _____ 追蹤日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

個案姓名：

1. 你過去 7 天內是否有吸菸？ ①是，每天抽菸 _____ 支(請填第 2 題) ②否(請直接跳填第 3 題)

2. 重新確認戒菸的理由，鼓勵完全戒菸法

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 (_____) 0 無

4. 你是否使用尼古丁替代療法：是，請勾選 否

①戒菸貼片： _____ 片，每片含尼古丁 _____ mg

②口嚼錠： _____ 錠，每錠含尼古丁 _____ mg

③口含錠： _____ 錠，每錠含尼古丁 _____ mg

④吸入劑： _____ 支，每支含尼古丁 _____ mg

⑤其他(請註明： _____) 總尼古丁量： _____ mg

5. 個案是否正確使用尼古丁藥品：①是 ②否

6. 你是否願意接受其他轉介服務：是，請勾選 否 之前已轉介過

①門診戒菸醫療院所：轉介診所名稱 _____ ；

實際就診日期 _____ (轉介單需蓋醫療院所章且繳回)

②戒菸專線服務中心(戒菸專線-0800636363)：(須由個案親筆填寫戒菸專線服務同意書且繳回)

方便聯絡時間-○早上(09:00-13:00)、○下午(13:00-17:00)、○晚上(17:00-21:00)

7. 是否感受到戒菸的好處：是，請勾選 否

短期：①空氣清新 ②食物美味 ③沒有菸臭 ④牙齒變白

中期：①精力充沛 ②呼吸系統疾病變少 ③胃潰瘍發生率變低 ④皮膚彈性變好

長期：①肺功能增強 ②冠狀動脈疾病危險下降 ③癌症危險下降 ④中風危險下降

⑤孕婦生出體重不足嬰兒機率下降 ⑥省錢

藥師簽章：

個案簽章：

預約下次追蹤時間： _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

第一聯：衛生局

第二聯：衛生所

第三聯：社區藥局

附件三：

門診戒菸轉介單

填寫藥局名稱：		轉介日期： 年 月 日	
一、基本資料			
姓名：	性別：	出生日期： 年 月 日	身分證字號：
聯絡方式	市話：	手機：	地址：
二、門診戒菸服務內容			
醫療院所名稱：		門診日期： 年 月 日	
吸菸狀況：已經吸 年 月；最近3個月，每天抽 包(或 支)香菸			
尼古丁成癮度： 分		是否曾戒菸？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
醫療院所蓋章：			

*個案經門診戒菸看診後(需蓋醫療院所章)，由填寫藥局將轉介單繳回轄區衛生所。

戒菸專線服務中心(0800-63-63-63)服務同意書

免費電話：手機、市話、公用電話、網路電話皆可直撥

服務內容：專業戒菸諮詢，採一對一電話訪談提供戒菸協助

服務時間：週一至週六，09：00-21：00(除農曆年節及週日外，國定假日照常服務)

我願意接受專線的戒菸協助，我的個人資料如下：(須由民眾親筆填寫)

姓名		菸齡	年
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	菸量	支/天
聯絡方式	手機：	方便聯絡時間	<input type="checkbox"/> 早上(09:00-13:00)
	市話：()		<input type="checkbox"/> 下午(13:00-17:00)
			<input type="checkbox"/> 晚上(17:00-21:00)
備註			

承辦單位資料：(由衛生所承辦人填寫)

承辦單位	區衛生所	填寫日期	年 月 日
承辦人姓名		聯絡電話	()
縣市名稱	新北市 區	傳真電話	()

*由藥局將同意書繳回轄區衛生所，再由專線進行後續戒菸服務。

附件五：

() 藥局
101 年新北市社區藥局戒菸服務補助計畫費用領據

服務項目	戒菸諮詢費	轉介門診戒菸費	後續追蹤服務費				
			第 7 天	第 14 天	第 30 天	第 60 天	第 90 天
單價	30 元	20 元	50 元	80 元	100 元	100 元	100 元
案數							
總金額							
總計							

此致

新北市政府衛生局

藥局名稱：

地址：

電話：

(蓋印信)

負責人身分證字號或統一編號：

藥局負責人(簽名或蓋章)：

中華民國

年

月

日

() 藥局
101 年新北市社區藥局戒菸服務補助計畫費用領據

服務項目	戒菸諮詢費	轉介門診戒菸費	後續追蹤服務費				
			第 7 天	第 14 天	第 30 天	第 60 天	第 90 天
單價	30 元	20 元	50 元	80 元	100 元	100 元	100 元
案數							
總金額							
總計							

此致

新北市政府衛生局

藥局名稱：

地址：

電話：

(蓋印信)

負責人身分證字號或統一編號：

藥局負責人(簽名或蓋章)：

中華民國

年

月

日