

FOGLIO DI AUTOCONTROLLO

Il mio obiettivo: _____

Sig.	Ora	Luogo o attività	Con chi	Umore o motivo	Quanto era importante per me?	Alternativa
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					

Tenga un resoconto preciso del suo consumo di sigarette

1. A casa
2. Al lavoro
3. Per strada
4. Al telefono
5. In auto
6. Fermata autobus
7. Altrove

1. Partner
2. Amico
3. Collega di lavoro
4. Nessuno
5. Altra persona

1. Teso
2. Felice
3. Stressato
4. Triste
5. Arrabbiato
6. Altro

1. Molto importante
2. Importante
3. Non particolarmente importante
4. Rinunciabile
5. Non mi sono accorto di accenderla!

PROGRAMMA NAZIONALE
PER SMETTERE DI FUMARE



Lega svizzera contro il cancro
Fondazione Svizzera di Cardiologia
Associazione svizzera per la prevenzione del tabagismo AT

AT, Haslerstrasse 30, 3008 Berna, tel. 031 599 10 20, fax 031 599 10 35

Linea stop-tabacco 0848 000 181

FOGLIO DI AUTOCONTROLLO

Il mio obiettivo: _____

Sig.	Ora	Luogo o attività	Con chi	Umore o motivo	Quanto era importante per me?	Alternativa
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Tenga un resoconto preciso del suo consumo di sigarette		1. A casa 2. Al lavoro 3. Per strada 4. Al telefono 5. In auto 6. Fermata autobus 7. Altrove	1. Partner 2. Amico 3. Collega di lavoro 4. Nessuno 5. Altra persona	1. Teso 2. Felice 3. Stressato 4. Triste 5. Arrabbiato 6. Altro	1. Molto importante 2. Importante 3. Non particolarmente importante 4. Rinunciabile 5. Non mi sono accorto di accenderla!	

