

Uppföljning efter programslut – CPU (6–8 veckor)

Klient/patient nr (eget ärendenummer): _____

Klient/patient har **avbrutit** programmet.

Programmet avbröts (år-mån-dag): _____

Bedömd orsak till avbrutet program: _____

- 1.** Klient/patient har **fullföljt** programmet.

Programmet avslutades (år-mån-dag): _____

- 2.** Bedöm hur viktigt programmet, som du nyss avslutat, varit för dig?

INTE ALLS VIKTIGT									MYCKET VIKTIGT
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 3.** Hur nöjd är du med din relation till dina föräldrar?

INTE ALLS NÖJD									MYCKET NÖJD
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 4.** Hur nöjd är du med din relation till dina syskon?

INTE ALLS NÖJD									MYCKET NÖJD
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

☐ Frågan ej relevant

5. Hur nöjd är du med din relation till din pojkvän/flickvän?

INTE ALLS NÖJD									MYCKET NÖJD
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

☐ Frågan ej relevant

6. Hur nöjd är du med din relation till dina vänner?

INTE ALLS NÖJD									MYCKET NÖJD
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Har alkoholintag förekommit under programmet?

☐ Nej

☐ Ja

Om ja, antal högkonsumtionstillfällen* _____

* Med högkonsumtion menas

Flickor/kvinnor mer än 3 standardglas vid ett och samma tillfälle	Ett standardglas: 4 cl starksprit 15 cl vin 33 cl starköl 50 cl folköl
Pojkar/män mer än 4 standardglas vid ett och samma tillfälle	

8. Har cannabisintag förekommit under programmet?

☐ Nej

☐ Ja

Om ja, antal tillfällen _____

9. Har intag av andra droger förekommit under programmet?

☐ Nej

☐ Ja

Om ja, vilken/vilka: _____

Antal tillfällen: _____

10. Just nu, hur viktigt är det för dig att fortsätta avhålla dig från att röka cannabis?

INTE ALLS VIKTIGT									MYCKET VIKTIGT
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Just nu, hur säker är du på att kunna avstå från att röka cannabis?

INTE ALLS SÄKER									MYCKET SÄKER
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Hur viktiga är dina föräldrar/din familj för dig för att du skall fortsätta avhålla dig från att röka cannabis?

INTE ALLS VIKTIGA									MYCKET VIKTIGA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

☐ Frågan ej relevant

Tack för din medverkan!

OBS! Boka en uppföljning som ska genomföras sex månader efter dagens datum.

☐ Klient/patient tackar ja till uppföljning.

Datum för uppföljning (år-mån-dag): _____

Kontaktuppgifter till klient/patient, vårdnadshavare m fl.

☐ Klient/patient tackar nej till uppföljning.