



لجنة مكافحة التدخين (إرادة)

 داخل الجامعة  موظف  طالب

الجهة : ..... الاسم : .....

خارج الجامعة  موظف  طالب

العمر : ..... الجنسية : .....

..... رقم الجوال : ..... وسيلة التواصل الاجتماعي : .....

<input type="radio"/> شيشة / العدد ( )	<input type="radio"/> سجائر - العدد ( ) بكت / العدد ( )	ما هو نوع الدخان الذي تدخنه؟
<input type="radio"/> أنواع أخرى : .....	<input type="radio"/> معسل / العدد ( )	كم الفترة التي قضيتها في التدخين؟
( ) سنة	( ) شهر	

 **أخي المراجع**

هذا الجهاز  
عكسى ، وقد يتسبب  
في مضاعفات لمن  
يعاني من هذه  
الأمراض

<input type="radio"/> عمليات في الرأس	هل تعاني من أحد
<input type="radio"/> صرع	
<input type="radio"/> صداع أو دوخة	
<input type="radio"/> جلطات الرأس	
<input type="radio"/> سكر	
<input type="radio"/> الحرارة	
<input type="radio"/> ضغط	
<input type="radio"/> حالة نفسية	

هل تعاني من أمراض أخرى؟ / لا ( ) نعم ( ) اذكرها

ما هي الظروف التي جعلتك مدخناً؟ .....

كم معدل التدخين اليومي؟ .....

هل تحتاج مراجعة الأخصائي النفسي؟ ( ) لا ( ) نعم

عدد الجلسات	اليوم	التاريخ	الوقت

أفيد أنا الموقع أدناه ، أن جميع البيانات المدونة أعلاه صحيحة ، وأنتحمل مسؤولية خلاف ذلك

الاسم : ..... التوقيع : .....