

Patient Label

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਹ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਸਵਾਲ ਲਈ ਸਰਵੋਤਮ ਜਵਾਬ 'ਤੇ ਗੋਲ ਚੱਕਰ ਬਣਾਓ।

ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ...

1. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਸਮਾਨ ਮਾਤਰਾ ਪੀਣ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਸ਼ਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
2. ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣੀ ਘਟਾਈ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਸੀਨਾ ਆਇਆ, ਘਬਰਾਹਟ ਹੋਈ, ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਗੜਬੜ ਹੋਈ ਜਾਂ ਹੱਥ ਕੰਬਣ ਲੱਗ ਪਏ? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਅਲਕੋਹਲ ਪੀਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪਦਾਰਥ ਲੈਂਦੇ ਹੋ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
3. ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪੀਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚੇ ਹੋਏ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਪੀਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਪੀਂਦੇ ਹੋ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
4. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਚਾਹਿਆ ਜਾਂ ਰੋਕਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਪਰ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਰਹੇ ਹੋ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
5. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ, ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਜਾਂ ਪੀਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸਮਾਂ ਬਿਤਾਇਆ ਸੀ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
6. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣੀ ਜਾਰੀ ਰੱਖੀ ਹੈ ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਸ਼ੱਕ ਹੋਵੇ ਕਿ ਇਹ ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਸਰੀਰਕ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਵਿਗਾੜਦੀ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
7. ਕੀ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ, ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦਖਲ-ਅੰਦਾਜ਼ੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
8. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਨਸ਼ਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਖਤਰਨਾਕ ਸੀ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਾਰ ਚਲਾਉਣ ਜਾਂ ਮਸ਼ੀਨਰੀ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਵੇਲੇ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਂਦੇ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਸ਼ੱਕ ਹੋਵੇ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਤ ਇੱਛਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਲਚਾਂ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਸੀ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
11. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸ਼ਰਾਬ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਸ਼ੌਕ ਦਾ ਆਨੰਦ ਲੈਣ, ਜਾਂ ਦੂਸਰਿਆਂ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਬਿਤਾਇਆ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)

# Alcohol Symptom Checklist



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

To help you and your provider understand how your alcohol use might be affecting your health, please complete the following questions.

Please CIRCLE the best response to each question.

## In the past 12 months...

1. Did you find that drinking the same amount of alcohol has less effect than it used to or did you have to drink more alcohol to get intoxicated?	No	Yes
2. When you cut down or stop drinking did you get sweaty, nervous, have upset stomach or shaky hands? Did you drink alcohol or take other substances to avoid these symptoms?	No	Yes
3. When you drank, did you drink more or for longer than you planned to?	No	Yes
4. Have you wanted to or tried to cut back or stop drinking alcohol, but been unable to do so?	No	Yes
5. Did you spend a lot of time obtaining alcohol, drinking alcohol, or recovering from drinking?	No	Yes
6. Have you continued to drink even though you knew or suspected it creates or worsens mental or physical problems?	No	Yes
7. Has drinking interfered with your responsibilities at work, school, or home?	No	Yes
8. Have you been intoxicated more than once in situations where it was dangerous, such as driving a car or operating machinery?	No	Yes
9. Did you drink alcohol even though you knew or suspected it causes problems with your family or other people?	No	Yes
10. Did you experience strong desires or craving to drink alcohol?	No	Yes
11. Did you spend less time working, enjoying hobbies, or being with others because of your drinking?	No	Yes