

Карта проверки симптомов алкогольной зависимости

Patient Label



Ответьте на вопросы ниже. Это поможет вам и вашему поставщику медицинских услуг понять, как ваше употребление алкоголя влияет на ваше здоровье.

ОБВЕДИТЕ наиболее подходящий вариант ответа на каждый вопрос.

За последние 12 месяцев...

1. Вы замечали, что употребление одного и того же количества алкоголя оказывает всё меньший эффект, чем обычно, или приходилось ли вам повышать количество алкогольных напитков, чтобы почувствовать опьянение?	Нет (No)	Да (Yes)
2. Когда вы сокращаете количество употребляемого алкоголя или прекращаете пить алкогольные напитки, вы начинаете усиленно потеть, ощущать нервозность, случается ли у вас расстройство желудка или появляется дрожь в руках? Вы употребляли алкогольные напитки или принимали другие вещества, чтобы избежать этих симптомов?	Нет	Да
3. Когда вы употребляли алкогольные напитки, вы выпивали больше или дольше, чем планировали?	Нет	Да
4. У вас возникало желание или пытались ли вы снизить количество употребляемого алкоголя или прекратить пить алкогольные напитки, но безуспешно?	Нет	Да
5. Много ли времени вы тратили на то, чтобы приобрести и употребить алкоголь или восстановиться после его употребления?	Нет	Да
6. Вы продолжали пить, даже если осознавали или подозревали, что алкоголь становится причиной психических или физиологических проблем или ухудшает их?	Нет	Да
7. Употребление алкоголя мешало вам исполнять свои обязанности на работе, в школе или дома?	Нет	Да
8. Были ли у вас случаи, когда вы в состоянии алкогольного опьянения неоднократно подвергались опасности, например управляли автомобилем или оборудованием?	Нет	Да
9. Вы употребляли алкоголь, даже если осознавали или подозревали, что это является причиной проблем в семье или с окружающими людьми?	Нет	Да
10. У вас возникало сильное желание употребить алкогольные напитки?	Нет	Да
11. Вы тратили меньше времени на работу, любимые хобби или проводили меньше времени с другими людьми по причине употребления алкоголя?	Нет	Да

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