

Alcohol Symptom Checklist--Tagalog
**Listahan ng mga Sintomas ng
Paggamit ng Alkohol**

Patient Label

Pangalan: _____

MRN: _____

Petsa: _____

Upang tulungan kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na maintindihan kung paano maaaring inaapektuhan ng paggamit ninyo ng alkohol ang inyong kalusugan, mangyaring sagutin ang mga sumusunod na tanong.

Mangyaring BILUGAN ang pinakaakmang sagot ninyo sa bawat tanong.

Sa nakalipas na 12 buwan...

1. Nalaman ba ninyo na ang pag-inom ng parehong dami ng alkohol ay may mas kaunting epekto kaysa sa dati o kinailangan ba ninyong uminom ng mas maraming alkohol para malasing?	Hindi (No)	Oo (Yes)
2. Kapag binabawasan o itinitigil ninyo ang pag-inom kayo ba ay pinagpawisan, ninerbiyos, sumakit ang inyong tiyan o nanginig ang inyong mga kamay? Kayo ba ay uminom ng alkohol o gumamit ng iba pang mga substansya para maiwasan ang mga sintomas na ito?	Hindi (No)	Oo (Yes)
3. Noong uminom kayo, uminom ba kayo ng higit o mas matagal kaysa sa binalak ninyo?	Hindi (No)	Oo (Yes)
4. Ginusto o sinubukan ba ninyong bawasan o itigil ang pag-inom ng alkohol, ngunit hindi ninyo nagawa ito?	Hindi (No)	Oo (Yes)
5. Gumugol ba kayo ng maraming panahon para makakuha ng alkohol, uminom ng alkohol, o mahimasmasan mula sa pagkakalasing?	Hindi (No)	Oo (Yes)
6. Ipinagpatuloy ba ninyo ang pag-inom sa kabila ng pagkakabatid o paghihinalang ito ay nagdudulot o nagpapalala sa mga problema sa pag-iisip o katawan?	Hindi (No)	Oo (Yes)
7. Nakagambala ba ang pag-inom sa inyong mga responsibilidad sa trabaho, paaralan, o bahay?	Hindi (No)	Oo (Yes)
8. Kayo ba ay nalasing na nang higit sa isang beses sa mga sitwasyon kung saan mapanganib, tulad ng pagmamaneho ng sasakyan o pagpapa-andar ng makinarya?	Hindi (No)	Oo (Yes)
9. Uminom ba kayo ng alkohol kahit pa alam o hinihinala ninyo na ito ay nagdudulot ng mga problema sa inyong pamilya o ibang mga tao?	Hindi (No)	Oo (Yes)
10. Nakaranas ba kayo ng malakas na pagnanais o pagnanasang uminom ng alkohol?	Hindi (No)	Oo (Yes)
11. Gumugol ba kayo ng mas kaunting panahon sa pagtatrabaho, paggawa ng mga kinahihiligang gawain, o pagsama sa ibang mga tao dahil sa inyong pag-inom?	Hindi (No)	Oo (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