

Danh sách kiểm tra Triệu chứng Rượu cồn

Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

Để giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị hiểu việc sử dụng rượu cồn của quý vị có thể sẽ ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe của quý vị, xin vui lòng hoàn thành những câu hỏi dưới đây.

Xin vui lòng KHOANH TRÒN câu trả lời phù hợp nhất cho mỗi câu hỏi.

Trong 12 tháng qua...

1. Quý vị có nhận thấy rằng việc uống cùng lượng rượu ảnh hưởng ít hơn so với trước đây hay quý vị phải uống nhiều rượu hơn mới bị say?	Không (No)	Có (Yes)
2. Khi quý vị giảm bớt hoặc ngừng uống rượu, quý vị có ra mồ hôi, lo lắng, nôn nao ở dạ dày hay tay bị run không? Quý vị có uống rượu hay dùng các chất khác để tránh những triệu chứng này không?	Không (No)	Có (Yes)
3. Khi quý vị say, quý vị có uống nhiều hơn hoặc lâu hơn so với dự tính của quý vị không?	Không (No)	Có (Yes)
4. Quý vị đã từng muốn hoặc cố gắng giảm bớt hoặc ngừng uống rượu nhưng đã không thể làm được như vậy không?	Không (No)	Có (Yes)
5. Quý vị có mất nhiều thời gian để kiếm rượu, uống rượu, hay hồi phục từ việc uống rượu không?	Không (No)	Có (Yes)
6. Quý vị vẫn tiếp tục uống ngay cả khi quý vị biết hoặc nghi ngờ rằng rượu tạo ra hoặc làm xấu hơn các vấn đề về thần kinh hoặc thể chất không?	Không (No)	Có (Yes)
7. Việc uống rượu có gây trở ngại đến trách nhiệm của quý vị tại nơi làm việc, trường học, hay gia đình không?	Không (No)	Có (Yes)
8. Quý vị đã từng bị say hơn một lần trong những tình huống nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc không?	Không (No)	Có (Yes)
9. Quý vị có uống rượu mặc dù quý vị biết hoặc nghi ngờ rượu gây ra các vấn đề cho gia đình quý vị hoặc những người khác không?	Không (No)	Có (Yes)
10. Quý vị đã trải qua mong muốn hoặc khát khao uống rượu không?	Không (No)	Có (Yes)
11. Quý vị đã dành ít thời gian hơn để làm việc, tận hưởng những sở thích, hoặc bên cạnh những người khác do uống rượu không?	Không (No)	Có (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