

Patient Label

ስም: _____

MRN: _____

ቀን: _____

አልኮል መውሰድ ጤናዎትን እንዴት እንደሚጎዳው እርስዎና አገልግሎት ሰጪው እንትረዱ ለማገዝ፣ እባክዎን እነዚህን ጥያቄዎች ይመልሱ።

ለእያንዳንዱ ጥያቄ ትክክለኛ የሚሉት መልስ ላይ ያክብቡ።

ባለፉት 12 ወራት ...

1. ተመሳሳይ መጠን ያለው መጠጥ መጠጣት በፊት ከነበረው ተፅእኖ የሚቀንስ እንደሆነ ያውቃሉ ወይም ለመስከር ብለው ብዙ መጠጥ ጠጥተዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
2. መጠኑን ሲቀንሱ ወይም መጠጣት ሲያቆሙ አልብዎታል፣ የመደናገጥ ስሜት ተሰምትዎታል፣ ጨጓራዎ ተቆጥቷል ወይም እጅዎ ተንቀጠቀጠ? እነዚህን ምልክቶች ለማስወገድ አልኮል ወይም ሌላ ኢድንዛዥ እፅ ተጠቅመዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
3. ሲጠጡ ብዙ ወይም ካሰቡት በላይ ለሚሆን ጊዜ ይጠጣሉ?	የለም (No)	አዎ (Yes)
4. መጠጣት ለመቀነስ ወይም ለማቆም ፈልገው ሳይሳካልዎት ቀርቷል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
5. አልኮል ለመግዛት፣ ለመጠጣት ወይም ከአልኮል ለማገገም ብዙ ጊዜ ወስደዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
6. መጠጣት የአእምሮ ወይም አካላዊ ችግርን እንደሚፈጥር ወይም እንደሚያባብስ እያወቁ ወይም እየጠረጠሩም ቢሆን መጠጣት ቀጥለዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
7. መጠጣት ስራ፣ ትምህርት ቤት ወይም ቤት ውስጥ ያልዎት ሃላፊነት ላይ ተፅእኖ አሳድሯል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
8. መኪና መንዳት ወይም ማሽን ማንቀሳቀስ የመሳሰሉ አደገኛ የሆኑ ሁኔታዎች ባሉበት አጋጣሚ ከአንድ ጊዜ በላይ ሰክረው ያውቃሉ?	የለም (No)	አዎ (Yes)
9. መጠጣት ከቤተሰብ ወይም ሌሎች ሰዎች ጋር ችግር እንደሚያስከትል እያወቁ ወይም እየጠረጠሩም ቢሆን ጠጥተው ነበር?	የለም (No)	አዎ (Yes)
10. ለመጠጣት ከፍተኛ ፍላጎት ወይም ጉጉት አድርገዎት ነበር?	የለም (No)	አዎ (Yes)
11. በመጠጣትዎ ምክንያት በስራ፣ በትርፍ ሰአት የሚያዘናናዎት ነገር ማድረግ፣ ወይም ከሌሎች ሰዎች ጋር መሆን የሚያሳልፉት ጊዜ ቀንሶ ነበር?	የለም (No)	አዎ (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