

برای کمک به شما و ارائه دهنده تان نسبت به درک بهتر نحوه تأثیر الکل بر سلامتتان، لطفاً به سؤال های زیر پاسخ دهید.

لطفاً دور بهترین پاسخ به هر سؤال دایره بکشید.

Patient Label

نام: _____
 شماره پرونده پزشکی: _____
 تاریخ: _____

در 12 ماه گذشته...

بله (Yes)	خیر (No)	1. آیا مصرف میزان مشابهی از الکل تأثیر کمتری نسبت به قبل داشته یا برای اینکه مست شوید باید الکل بیشتری مصرف می کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	2. وقتی مصرف الکل را کم یا متوقف کردید، آیا میزان تعرقتان زیاد شد، عصبی می شدید، دل درد داشتید یا دست هایتان می لرزید؟ آیا برای رفع این علائم الکل یا ماده دیگری مصرف کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	3. وقتی الکل مصرف می کردید، بیش از آنچه که در نظر داشتید یا برای مدتی بیشتر از آنچه که قصد داشتید نوشیدنی الکلی می خوردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	4. آیا سعی کردید یا خواستید که مصرف الکل را کم کرده یا متوقف کنید اما موفق نشدید؟
بله (Yes)	خیر (No)	5. آیا زمان زیادی را صرف تهیه نوشیدنی الکلی، مصرف آن یا برگشت از حالت مستی می کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	6. آیا با وجود اینکه می دانستید یا حدس می زدید که مصرف الکل باعث بروز مشکلات ذهنی و فیزیکی می شود یا این مشکلات را تشدید می کند، باز هم به نوشیدن ادامه می دادید؟
بله (Yes)	خیر (No)	7. آیا مصرف نوشیدنی الکلی در مسئولیت های شما در محل کار، مدرسه یا خانه تداخلی ایجاد کرده بود؟
بله (Yes)	خیر (No)	8. آیا در شرایط خطرناک مثل رانندگی یا کار کردن با ماشین آلات بیش از یک بار مست کرده اید؟
بله (Yes)	خیر (No)	9. آیا با وجودی که می دانستید یا حدس می زدید که مصرف الکل باعث می شود با خانواده یا سایر افراد دچار مشکل شوید باز هم این کار را ادامه می دادید؟
بله (Yes)	خیر (No)	10. آیا علاقه و تمایل شدیدی برای مصرف نوشیدنی الکلی داشتید؟
بله (Yes)	خیر (No)	11. آیا به خاطر مصرف نوشیدنی الکلی زمان کمتری را صرف کار، لذت بردن از چیزهای دلخواه یا گذراندن وقت با دیگران می کردید؟

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