

**Контрольний список
алкогольних симптомів**

Patient Label

Ім'я: _____

Номер медичної карти: _____

Дата: _____

Дайте відповідь на нижченаведені запитання, щоб допомогти вам і медичним організаціям зрозуміти, як вживання вами алкоголю може вплинути на ваше здоров'я.

Будь ласка, **ОБВЕДІТЬ** найбільш правильну відповідь на кожне запитання.

Упродовж останніх 12 місяців...

1. Чи вважаєте ви, що споживання тієї самої кількості алкоголю чинить менший ефект, ніж це було раніше, або ви маєте пити більше алкоголю, щоб досягнути стану алкогольного сп'яніння?	Hi (No)	Так (Yes)
2. Якщо ви зменшуєте кількість алкоголю або припиняєте пити, чи відчуваєте ви потовиділення, знервованість, розлад шлунку або тремтіння рук? Ви вживали алкоголь або приймали інші речовини, щоб уникнути цих симптомів?	Hi (No)	Так (Yes)
3. Під час споживання алкоголю ви пили більше або довше, ніж ви планували?	Hi (No)	Так (Yes)
4. Ви хотіли або намагалися скоротити або припинити вживання алкоголю, але не змогли це зробити?	Hi (No)	Так (Yes)
5. Чи проводили ви багато часу в пошуках алкоголю, вживаючи алкоголь або відновлюючись після вживання?	Hi (No)	Так (Yes)
6. Чи продовжували ви пити, навіть якщо ви знали або підозрювали, що це створює або погіршує психічні або фізичні проблеми?	Hi (No)	Так (Yes)
7. Споживання алкоголю заважало вашим обов'язкам на роботі, в навчанні або вдома?	Hi (No)	Так (Yes)
8. Чи траплялось вам неодноразово перебувати в стані алкогольного сп'яніння в небезпечних ситуаціях, наприклад, під час водіння автомобіля або керування іншою технікою?	Hi (No)	Так (Yes)
9. Чи споживали ви алкоголь, навіть якщо ви знали або підозрювали, що це спричиняє проблеми вашій родині або іншим людям?	Hi (No)	Так (Yes)
10. Чи відчували ви сильне бажання або прагнення випити алкоголь?	Hi (No)	Так (Yes)
11. Чи приділяли ви менше часу роботі, улюбленим заняттям або спілкуванню з іншими людьми через споживання алкоголю?	Hi (No)	Так (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