Alcohol Symptom Checklist--Hindi

शराब लक्षण परीक्षण सूची

KAISER PERMANENTE®

Patient Label

नाम :_______________________

MRN: _______________________

दिनांक: _______________________

आपको और आपके प्रदाता को यह समझने में सहायता के लिए कि आपका शराब का उपयोग आपके स्वास्थ्य को कैसे प्रभावित कर सकता है, कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें.

कृपया प्रत्येक प्रश्न के लिए सर्वश्रेष्ठ उत्तर पर गोला लगाएँ.

पिछले 12 माह में ...

1. क्या आपको ऐसा लगा कि अल्कोहल के आदि होने की तुलना में कम मात्रा में अल्कोहल का सेवन करने से कम प्रभाव पड़ता है या आपको नशा करने के लिए अधिक अल्कोहल का सेवन करना पड़ता है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
2. जब आप ड्रिंक करना कम करते हैं या बंद करते हैं तो क्या आपको पसीना आता है या आप परेशान होते हैं या आपका पेट खराब होता है या आपके हाथ काँपते हैं? क्या आप इन लक्षणों से बचने के लिये अल्कोहल या अन्य पदार्थों का सेवन करते हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
3. आप ड्रिंक कर चुके होते हैं, तो क्या उसके बाद भी ड्रिंक करते रहते हैं या आपने जितना सोचा था उससे अधिक समय तक ड्रिंक करते हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
4. क्या अपने कभी अल्कोहल का सेवन कम या बन्द करने का सोचा, लेकिन ऐसा नहीं कर पाए?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
5. क्या आपने कभी अल्कोहल लेने, अल्कोहल का सेवन करने या पीने के बाद सामान्य स्थिति में आने में बहुत समय बिताया है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
6. क्या आपने यह जानने या पता होने के बावजूद ड्रिंक करना जारी रखा कि इससे मानसिक या शारीरिक समस्याएँ उत्पन्न होती हैं या और बिगड़ती हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
7. क्या आपके शराब के सेवन से आपके काम, स्कूल या घर के प्रति ज़िम्मेदारियाँ प्रभावित हुई हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
8. क्या आप ऐसी परिस्थितियों में एक से अधिक बार नशे में थे, जहाँ यह खतरनाक था, जैसे कार चलाना या मशीनरी का संचालन करते समय?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
9. क्या आप यह जानते हुए या पता लगने के बाद भी अल्कोहल का सेवन करते हैं कि इससे आपके परिवार या अन्य लोगों को समस्याएँ होती हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
10. क्या आपको शराब पीने के लिए तीव्र इच्छाएँ या लालसा का अनुभव होता है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
11. क्या आप अपनी ड्रिंक करने की वजह से काम करने, अपनी रूचियों का आनंद लेने या अन्य लोगों के साथ कम समय बिताते हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)

Alcohol Symptom Checklist

KAISER PERMANENTE®

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