

لمساعدتك ومساعدة موفر الخدمة على فهم كيفية تأثير تعاطي الكحول على صحتك، يُرجى إكمال الأسئلة التالية.

يُرجى وضع دائرة حول أفضل إجابة لكل سؤال.

Patient Label

الاسم: _____
رقم السجل الطبي: _____
التاريخ: _____

خلال الاثني عشر شهرًا الماضية...

نعم (Yes)	لا (No)	1. هل وجدت أن تناول الكمية ذاتها من الكحول له تأثير أقل مما كان عليه أم كان عليك تناول المزيد من الكحول لتصبح مغمورًا؟
نعم (Yes)	لا (No)	2. هل كنت تتعرق أو تتوتر أو تعاني من آلام في المعدة أو ارتعاش في اليدين عند التقليل من تناول المشروبات أو التوقف عن تناولها؟ هل تتناول الكحول أو تتعاطى مواد أخرى لتجنب هذه الأعراض؟
نعم (Yes)	لا (No)	3. عندما كنت تتناول المشروبات الكحولية، هل كنت تتناول كميات أكبر أو لفترة أطول مما كنت تخطط له؟
نعم (Yes)	لا (No)	4. هل كنت تريد أو حاولت التقليل من تناول المشروبات الكحولية أو التوقف عن تناولها، ولكنك لم تتمكن من ذلك؟
نعم (Yes)	لا (No)	5. هل قضيت الكثير من الوقت في الحصول على المشروبات الكحولية أو تناولها أو التعافي من تناولها؟
نعم (Yes)	لا (No)	6. هل واصلت تناول المشروبات الكحولية على الرغم من أنك تعرف أو تظن أنها تثير المشكلات النفسية أو الجسدية أو تزيدها سوءًا؟
نعم (Yes)	لا (No)	7. هل تعارض تناول المشروبات الكحولية مع مسؤولياتك في العمل أو المدرسة أو المنزل؟
نعم (Yes)	لا (No)	8. هل كنت مغمورًا أكثر من مرة في حالات كان من الخطر أن تكون مغمورًا فيها، مثل قيادة السيارة أو تشغيل المعدات؟
نعم (Yes)	لا (No)	9. هل تناولت المشروبات الكحولية على الرغم من أنك تعرف أو تظن أنها تتسبب في حدوث المشكلات مع عائلتك أو الآخرين؟
نعم (Yes)	لا (No)	10. هل شعرت برغبات قوية أو ملحة لتناول المشروبات الكحولية؟
نعم (Yes)	لا (No)	11. هل قضيت وقتًا أقل في العمل أو الاستمتاع بممارسة الهوايات أو مع الآخرين بسبب تناول المشروبات الكحولية؟

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