

AUDIT

Пожалуйста, заштрихуйте квадратик Вашего ответа

| | |
|---|--|
| <p>1. Как часто Вы пьете алкогольные напитки?</p> <p>(0) никогда (1) 1 раз в месяц (2) 1 раз в неделю (3) 2-4 раза в неделю (4) 4 и более раз в неделю</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p>6. Как часто в теч. года Вы должны были опохмеляться утром, чтобы чувствовать себя хорошо после употребления алкоголя накануне?</p> <p>(0) никогда (1) реже 1 раза в месяц (2) раз в месяц (3) 1 раз в неделю (4) ежедневно или чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Сколько доз Вы обычно выпиваете, когда пьете?</p> <p>(0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-9 (4) 10 и более</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p>7. Как часто в течение года после употребления алкоголя Вы испытывали чувство вины или сожаления?</p> <p>(0) никогда (1) реже 1 раза в месяц (2) раз в месяц (3) 1 раз в неделю (4) ежедневно или чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. Как часто Вы употребляете 6 и более стандартных доз алкоголя в течение одного раза (выпивки)?</p> <p>(0) никогда (1) реже 1 раза в месяц (2) раз в месяц (3) 1 раз в неделю (4) ежедневно или чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p>8. Как часто в течение года Вы не могли вспомнить, что было предыдущим вечером, потому что Вы были пьяны?</p> <p>(0) никогда (1) реже 1 раза в месяц (2) раз в месяц (3) 1 раз в неделю (4) ежедневно или чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Как часто в течение года Вы ощущали, что не можете остановиться, начав пить?</p> <p>(0) никогда (1) реже 1 раза в месяц (2) раз в месяц (3) 1 раз в неделю (4) ежедневно или чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p>9. Получали ли Вы или кто-либо другой травмы после употребления алкоголя?</p> <p>(0) нет (2) да, не в этом году (4) да, в этом году</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Как часто в течение года Вы не могли сделать то, что от Вас зависит, из-за употребления алкоголя?</p> <p>(0) никогда (1) реже 1 раза в месяц (2) раз в месяц (3) 1 раз в неделю (4) ежедневно или чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p>10. Был ли друг, врач или другой медработник встревожен тем, что Вы пьете, или предложил Вам ограничить употребление алкоголя?</p> <p>(0) нет (2) да, не в этом году (4) да, в этом году</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |