

wpływna na zdrowie ich pacjentów. Informacje te są ważne, ponieważ pomagają w stosowaniu optymalnego leczenia i podwyższeniu standardu opieki zdrowotnej. Prosimy o wypełnienie niniejszego kwestionariusza w poczekalni i przekazanie go lekarzowi. Lekarz objawi wynik podczas porady.

Oryginał kwestionariusza stanowi część dokumentacji lekarskiej i wszystkie odpowiedzi są traktowane poufnie. Dane osobowe nie znajdują się na kopii przeznaczony do badań statystycznych.

Data.....

Imię..... Nazwisko.....

Wiek Płeć: Mężczyzna Kobieta

Zawód.....

Wykształcenie* Podstawowe Średnie Wyższe

Do użytku wewnętrznego	
Udzielono porady	<input type="checkbox"/>
Wydano broszurę	<input type="checkbox"/>

* Zakreśl kwadracik przy najbardziej zbliżonej odpowiedzi znakiem x

Standardowa porcja = 0,5 l piwa = 150 ml wina = 50 ml wódki ≈ 20 g czystego alkoholu

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 1. Jak często Pan/Pani pije napoje zawierające alkohol? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | 1 raz w miesiącu lub mniej
<input type="checkbox"/> | 2-4 razy na miesiąc
<input type="checkbox"/> | 2-3 razy w tygodniu
<input type="checkbox"/> | 4 lub więcej razy na tydzień
<input type="checkbox"/> |
| 2. Ile standardowych porcji alkoholu zazwyczaj wypija Pan/Pani w dniu, w którym pije? | 1-2 porcje
<input type="checkbox"/> | 3-4 porcje
<input type="checkbox"/> | 5-6 porcji
<input type="checkbox"/> | 7-9 porcji
<input type="checkbox"/> | 10 lub więcej porcji
<input type="checkbox"/> |
| 3. Jak często wypija Pan/Pani sześć lub więcej porcji alkoholu w czasie jednego dnia? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/> | Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/> |
| 4. Jak często w ostatnim roku nie mógł(a) Pan/Pani zaprzestać picia po jego rozpoczęciu? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/> | Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/> |
| 5. Ile razy ostatnim roku z powodu picia zaniedba(a) Pan/Pani czegoś, czego normalnie oczekiwano od Pan/Pani? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/> | Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/> |
| 6. Jak często w ostatnim roku potrzebowa(a) Pan/Pani napięcia się alkoholu rano następnego dnia po "dużym pićiu" aby dojść do siebie? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/> | Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/> |
| 7. Jak często w ostatnim roku czuł(a) się Pan/Pani winny(a) albo miał(a) wyrzuty sumienia po pićiu alkoholu? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/> | Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/> |
| 8. Jak często w ostatnim roku nie mógł(a) Pan/Pani przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy z powodu picia? | Nigdy
<input type="checkbox"/> | Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/> | Około 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/> | Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/> |
| 9. Czy kiedyś Pan/Pani albo ktoś inny doznał urazu fizycznego w wyniku Pan/Pani picia? | Nie
<input type="checkbox"/> | Tak, ale nie w ostatnim roku
<input type="checkbox"/> | | Tak, w ostatnim roku
<input type="checkbox"/> | |
| 10. Czy ktoś z rodziny, przyjaciół, lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia interesował się Pan/Pani pićiem lub sugerował jego przerwanie? | Nie
<input type="checkbox"/> | Tak, ale nie w ostatnim roku
<input type="checkbox"/> | | Tak, w ostatnim roku
<input type="checkbox"/> | |

Jeżeli mężczyzna lub kobieta uzyska³(a) wynik od 8 do 12 punktów wtedy:

Twój pacjent nadużywa alkoholu lub ma (mia³) problemy związane z używaniem alkoholu np
 - uraz fizyczny
 - opilstwo (dipsomania, sprawdź pyt. 3)
 ale prawdopodobnie nie jest uzależniony fizycznie.

ZALECENIA

Poradź pacjentowi ograniczenie spożycia

DZIAŁANIE

1. Wypytaj dokładniej o pytania, które zebrały najwyższe oceny
2. Przeprowadź krótką interwencję
3. Wręcz pacjentowi broszurę

Jeżeli mężczyzna lub kobieta uzyska³(a) wynik 13 punktów lub powyżej wtedy:

Twój pacjent ma problemy związane z używaniem alkoholu i prawdopodobnie jest uzależniony fizycznie.

ZALECENIA

Poradź pacjentowi całkowitą abstynencję.

DZIAŁANIE

1. Wy tłumacz pacjentowi, że wykazuje objawy uzależnienia fizycznego i powinien całkowicie zaprzestać używania alkoholu.
2. Przeprowadź krótką interwencję i wręcz pacjentowi broszurę
3. Zleć dokładne badania fizyczne i laboratoryjne.

Jeżeli nie czujesz się kompetentny lub masz wątpliwości co do dalszego postępowania z pacjentem poradę uzyskasz w:

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>