

AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test

Indsæt patientmærkat

Her er et antal spørgsmål om dine alkoholvaner

Vi er taknemlige hvis du svare så nøjagtigt og ærligt som muligt ved at markere det alternativ, der gælder for dig.

Løbenr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gang om måneden eller sjældnere <input type="checkbox"/>	2-4 gange om måneden <input type="checkbox"/>	2-3 gange om ugen <input type="checkbox"/>	4 gange eller mere om ugen <input type="checkbox"/>
2. Hvor mange genstande får du typisk en dag, hvor du drikker alkohol?	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 8 <input type="checkbox"/>	9 eller flere <input type="checkbox"/>
3. Hvor ofte får du 6 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Måndeligt <input type="checkbox"/>	Ugentligt <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten dagligt <input type="checkbox"/>
4. Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år oplevet, at du ikke kunne holde op med at drikke, når du først var begyndt?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Måndeligt <input type="checkbox"/>	Ugentligt <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten dagligt <input type="checkbox"/>
5. Hvor mange gange i løbet af det seneste år har dit alkoholforbrug medført, at du ikke gjorde de ting, som normalt forventedes af dig?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Måndeligt <input type="checkbox"/>	Ugentligt <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten dagligt <input type="checkbox"/>
6. Hvor mange gange i løbet af det seneste år haft behov for at drikke alkohol om morgenen for at komme i gang efter et stort alkoholforbrug dagen inden?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Måndeligt <input type="checkbox"/>	Ugentligt <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten dagligt <input type="checkbox"/>
7. Hvor ofte har du i løbet af det seneste år haft skyldfølelse over at have drukket, eller har fortrudt at have drukket?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Måndeligt <input type="checkbox"/>	Ugentligt <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten dagligt <input type="checkbox"/>
8. Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år været ude af stand til at huske, hvad der skete aftenen inden, fordi du havde drukket?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Måndeligt <input type="checkbox"/>	Ugentligt <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten dagligt <input type="checkbox"/>
9. Er du selv eller andre kommet til skade pga. dit alkoholforbrug?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke inden for det sidste år <input type="checkbox"/>		Ja, inden for det sidste år <input type="checkbox"/>	
10. Har en slægtning eller ven eller læge eller andet sundhedspersonale udtrykt bekymring over dit alkoholforbrug eller forslået dig at skære ned på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke inden for det sidste år <input type="checkbox"/>		Ja, inden for det sidste år <input type="checkbox"/>	