

Lista de verificare a simptomelor consumului de alcool

Investigator:

Dr. Popa Andreea

eCRF ID:

A201-003

Filled By:

Subject

Scale:

Screening (Day X)

Date:

7/10/2025

1. Ați constatat că a bea aceeași cantitate de alcool are mai puțin efect decât în trecut, sau a trebuit să beți mai mult alcool pentru a vă intoxica?

Answer: Da

2. Când ați redus consumul de alcool sau nu ați mai băut, ați transpirat sau ați devenit nervos, v-ați deranjat la stomac, sau v-au tremurat mâinile? Ați băut alcool sau ați luat alte substanțe pentru a evita aceste simptome?

Answer: Nu

3. Când ați băut, ați consumat alcool mai mult sau pentru mai mult timp decât planificaserăți?

Answer: Da

4. Ați vrut sau ați încercat să reduceți sau să încetați consumul de alcool, dar nu ați reușit să faceți acest lucru?

Answer: Da

5. Ați petrecut mult timp obținând alcool, consumând alcool, sau recuperându-vă după consumul de alcool?

Answer: Da

6. Ați continuat să beți chiar dacă știați sau bănuiați că alcoolul creează sau agravează problemele psihice sau fizice?

Answer: Da

7. Consumul de alcool a interferat cu responsabilitățile dvs. la locul de muncă, la școală sau acasă?

Answer: Da

8. Ați fost în stare de ebrietate de mai multe ori în situații în care era periculos acest lucru, cum ar fi șofatul unei mașini sau manipularea unor utilaje?

Answer: Da

9. Ați consumat alcool chiar dacă știați sau bănuiați că vă provoacă probleme cu familia sau cu alte persoane?

Answer: Da

10. Ați experimentat dorințe sau pofte puternice de a bea alcool?

Answer: Da

11. Ați petrecut mai puțin timp lucrând, bucurându-vă de hobby-uri sau în compania altor persoane din cauza consumului de alcool?

Answer: Da

Disclaimer: By signing this document electronically, I acknowledge that I have reviewed its contents, understand its implications, and confirm its accuracy. I understand that my electronic signature is legally binding, the content of this document is confidential, and will not be shared with third parties without authorization.