

Allegato alla Cartella Sanitaria e di Rischio

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO AUDIT**

**I GRUPPO**

**1) Con quale frequenza assumi bevande alcoliche?**

[0] Mai [1] meno di 1 volta al mese [2] 2-4 volte al mese [3] 2-3 volte a settimana [4] più di 4 volte a settimana

**2) Quando bevi, quante bevande alcoliche assumi in un giorno?**

[0] 1-2 [1] 3-4 [2] 5-6 [3] 7-9 [4] più di 10

**3) Quante volte ti è capitato di assumere più di 6 bevande alcoliche in una singola occasione?**

[0] Mai [1] <mensilmente [2] mensilmente [3] settimanalmente [4] giornalmente

**II GRUPPO**

**4) Quante volte durante l'ultimo anno ti è capitato di non riuscire a smettere di bere una volta iniziato?**

[0] Mai [1] <mensilmente [2] mensilmente [3] settimanalmente [4] giornalmente

**5) Quante volte durante l'ultimo anno non sei riuscito a portare a termine qualcosa a causa del bere?**

[0] Mai [1] <mensilmente [2] mensilmente [3] settimanalmente [4] giornalmente

**6) Quante volte durante l'ultimo anno hai sentito la necessità di bere di prima mattina dopo esserti precedentemente ubriacato?**

[0] Mai [1] <mensilmente [2] mensilmente [3] settimanalmente [4] giornalmente

**III GRUPPO**

**7) Quante volte durante l'ultimo anno ha provato un senso di colpa o rimorso dopo una bevuta?**

[0] Mai [1] <mensilmente [2] mensilmente [3] settimanalmente [4] giornalmente

**8) Quante volte durante l'ultimo anno sei stato incapace di ricordare quanto successo la notte precedente a causa del bere?**

[0] Mai [1] <mensilmente [2] mensilmente [3] settimanalmente [4] giornalmente

**9) Tu o qualcun altro sei/è stato danneggiato a causa del tuo bere?**

[0] No [2] Sì, ma non durante quest'anno [4] Sì, durante quest'anno

**10) È capitato che un tuo parente, un amico o un medico si sia preoccupato della tua tendenza a bere o ti abbia consigliato di smettere?**

[0] No [2] Sì, ma non durante quest'anno [4] Sì, durante quest'anno

Io sottoscritto/a dichiaro che quanto riferito corrisponde a verità.

**FIRMA DEL LAVORATORE**

\_\_\_\_\_