

AUDIT spurningar um áfengisvenjur



Einn stór bjór



Einn lítill bjór



Glas af víni



Einfaldur sjúss

Kyn: kk kvk

Aldur: _____

Stig
Skráist af lækni

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| 1. Hversu oft færð þú þér áfengan drykk? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Einu sinni í mánuði eða sjaldnar <input type="checkbox"/> | C. 2–4 sinnum í mánuði <input type="checkbox"/> | D. 2–3 sinnum í viku <input type="checkbox"/> | E. 4 sinnum eða oftar í viku <input type="checkbox"/> | |
| 2. Hversu marga drykki færð þú þér á venjulegum degi þegar þú drekkur? | A. 1–2 <input type="checkbox"/> | B. 3–4 <input type="checkbox"/> | C. 5–6 <input type="checkbox"/> | D. 7–9 <input type="checkbox"/> | E. 10 eða fleiri <input type="checkbox"/> | |
| 3. Hversu oft færð þú þér meira en 6 drykki þegar þú neytir áfengis? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 4. Hversu oft á síðastliðnu ári áttaðir þú þig á því að þú gast ekki hætt að drekka þegar þú varst á annað borð byrjuð/byrjaður? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 5. Hversu oft á síðastliðnu ári gerðir þú ekki það sem venjulega er ætlast til af þér, vegna drykkju? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 6. Hversu oft á síðastliðnu ári hefur þú þurft að fá þér áfengi að morgni til að koma þér af stað eftir mikla drykkju? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 7. Hversu oft á síðastliðnu ári hefur þú fundið til eftirsjár eða sektarkenndar eftir drykkju? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 8. Hversu oft á síðastliðnu ári hefur þú ekki getað munað það sem gerðist kvöldið áður vegna þess að þú hafðir drukkið áfengi? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 9. Hefur þú eða einhver annar slasast eða meiðst vegna drykkju þinnar? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |
| 10. Hefur ættingi, vinur, læknir eða annar heilsugæslustarfsmaður haft áhyggjur af drykkju þinni eða stungið upp á því að þú minnkaðir eða hættir neyslu áfengis? | A. Aldrei <input type="checkbox"/> | B. Sjaldnar en mánaðarlega <input type="checkbox"/> | C. Mánaðarlega <input type="checkbox"/> | D. Vikulega <input type="checkbox"/> | E. Daglega eða næstum daglega <input type="checkbox"/> | |

Stuðst við klínískar leiðbeiningar Landlæknisembættisins

Athugasemdir
