### ТЕСТ AUDIT

|  |
| --- |
| **1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?** |
| (0) Никогда | (1) 1 раз в месяц или реже | (2) 2-4раза в месяц | (3) 2-3 раза в неделю | (4) 4 или более раз в неделю |

|  |
| --- |
| **2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки? ?** |
| (0) 30-60 мл. 40% водки, или 75-150 мл. 17-20% крепленого вина, или 75-150 мл. 11-13% сухого вина, или 250 мл. – 1 бутылка 5% пива.  | (1)   90-120 мл. 40% водки, или  225-300 мл. 17-20% крепленого вина, или 300-400 мл. 11-13% сухого вина, или 1.5-2 бутылки 5% пива. | (2)  150-180 мл. 40% водки, или  375-450 мл. 17-20% крепленого вина, или  500-600 мл. 11-13% сухого вина, или2.5-3 бутылки 5% пива.  | (3)  210-240 мл. 40% водки, или 525-600 мл. 17-20% крепленого вина, или 700-1000 мл. 11-13% сухого вина, или 3.5-4 бутылки 5% пива.  | (4) более 300 мл. 40% водки, илиболее 750 мл. 17-20% крепленого вина, или более 1000 мл. 11-13% сухого вина, или более 5 бутылок 5% пива.  |

|  |
| --- |
| **3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл. водки (450 мл. вина) в течение одной выпивки?** |
| (0) Никогда | (1) реже, чем 1 раз в месяц | (2) 1 раз в месяц | (3) 1 раз в неделю | (4) Каждый день или почти каждый день |

|  |
| --- |
| **4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?** |
| (0) Никогда | (1) реже, чем 1 раз в месяц | (2) 1 раз в месяц | (3) 1 раз в неделю | (4) Каждый день или почти каждый день |

|  |
| --- |
| **5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?** |
| (0) Никогда | (1) реже, чем 1 раз в месяц | (2) 1 раз в месяц | (3) 1 раз в неделю | (4) Каждый день или почти каждый день |

|  |
| --- |
| **6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?** |
| (0) Никогда | (1) реже, чем 1 раз в месяц | (2) 1 раз в месяц | (3) 1 раз в неделю | (4) Каждый день или почти каждый день |

|  |
| --- |
| **7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?** |
| (0) Никогда | (1) реже, чем 1 раз в месяц | (2) 1 раз в месяц | (3) 1 раз в неделю | (4) Каждый день или почти каждый день |

|  |
| --- |
| **8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны?** |
| (0) Никогда | (1) реже, чем 1 раз в месяц | (2) 1 раз в месяц | (3) 1 раз в неделю | (4) Каждый день или почти каждый день |

|  |
| --- |
| **9. Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления вами алкогольных напитков?** |
| (0)  Никогда | (2) да, но это было более, чем год назад | (4) да, в течение этого года |

|  |
| --- |
| **10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?** |
| (0)  Никогда | (2) да, но это было более, чем год назад;  | (4) да, в течение этого года  |

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Результат:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**