



Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

REGISTRO

## AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.

<p><b>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</b></p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</b></p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><b>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</b></p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</b></p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><b>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</b></p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias</p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</b></p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</b></p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</b></p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><b>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</b></p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p><b>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</b></p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>	<p>Anote aqui o resultado.</p>

Local da Aplicação:	( ) Domicílio	( ) Serviço de Saúde
Qual a profissão do aplicador?		
Foi realizada intervenção?	Sim ( )	Não ( )
A intervenção foi logo após a aplicação do AUDIT?	Sim ( )	Não ( )
Houve encaminhamento para avaliação médica?	Sim ( )	Não ( )
Houve encaminhamento para outro serviço?	Sim ( )	Não ( )
Qual a profissão de quem realizou a intervenção?		