

Cd. tabeli 9.1

<p>2. Ile porcji standardowych zawierających alkohol wypija Pan/Pani w trakcie typowego dnia picia?</p> <p>(0) 1–2 porcje (1) 3–4 porcje (2) 5–6 porcji (3) 7–9 porcji (4) 10 lub więcej</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Jak często w ciągu ostatniego roku doświadczał/a Pan/Pani poczucia winy lub wyrzutów sumienia po wypiciu alkoholu?</p> <p>(0) nigdy (1) rzadziej niż raz w miesiącu (2) raz w miesiącu (3) raz w tygodniu (4) codziennie lub prawie codziennie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Jak często wypija Pan/Pani 6 lub więcej porcji podczas jednej okazji?</p> <p>(0) nigdy (1) rzadziej niż raz w miesiącu (2) raz w miesiącu (3) raz w tygodniu (4) codziennie lub prawie codziennie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. Jak często w czasie ostatniego roku nie był Pan/Pani w stanie z powodu picia przypomnieć sobie, co wydarzyło się poprzedniego wieczoru?</p> <p>(0) nigdy (1) rzadziej niż raz w miesiącu (2) raz w miesiącu (3) raz w tygodniu (4) codziennie lub prawie codziennie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Jak często w ciągu ostatniego roku stwierdzał/a Pan/Pani, że nie może zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?</p> <p>(0) nigdy (1) rzadziej niż raz w miesiącu (2) raz w miesiącu (3) raz w tygodniu (4) codziennie lub prawie codziennie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. Czy zdarzyło się, że Pan/Pani lub jakaś inna osoba doznała urazu w wyniku Pana/i picia?</p> <p>(0) nie (2) tak, ale nie w ostatnim roku (4) tak, w ciągu ostatniego roku</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Jak często w ciągu ostatniego roku zdarzyło się Panu/Pani z powodu picia alkoholu zrobić coś niewłaściwego, co naruszałoby normy i zwyczaje przyjęte w Pana/i środowisku?</p> <p>(0) nigdy (1) rzadziej niż raz w miesiącu (2) raz w miesiącu (3) raz w tygodniu (4) codziennie lub prawie codziennie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Czy zdarzyło się, że krewny, przyjaciel albo lekarz interesował się Pana/Pani piciem lub sugerował jego ograniczenie?</p> <p>(0) nie (2) tak, ale nie w ostatnim roku (4) tak, w ciągu ostatniego roku</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Tutaj zapisz sumę punktów ogółem</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	