

**Instruções para preenchimento:**

a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixinha” do lado direito; b) veja na figura o que é uma dose; c) após a última questão some os números que colocou nas “caixinhas”.

**1) Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**2) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?**

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 0 1 a 2 doses  | 3 7 a 9 doses      |
| 1 3 ou 4 doses | 4 10 ou mais doses |
| 2 5 ou 6 doses |                    |

**3) Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**4) Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**5) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**6) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**7) Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**8) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Nunca                       | 3 Duas a três vezes por semana    |
| 1 Uma vez por mês ou menos    | 4 Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 Duas a quatro vezes por mês |                                   |

**9) Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido ?**

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| 0 Não                        | 4 Sim, durante o último ano |
| 1 Sim, mas não no último ano |                             |

**10) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?**

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| 0 Não                        | 4 Sim, durante o último ano |
| 1 Sim, mas não no último ano |                             |

**Total**