

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”

Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

2016

# GHID DE PREVENȚIE

STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS ȘI ALTE INTERVENȚII PREVENTIVE PRIORITARE  
PENTRU BOLI NETRANSMISIBILE, ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

**Intervențiile preventive  
adresate stilului de viață  
Consumul de alcool**

VOLUMUL

**3**



alrat



BUCUREȘTI, 2016

ISBN 978-973-0-22798-7

---

*“Singurul mod de a-ți păstra sănătatea este sa mănânci ceea ce nu vrei,  
să bei ceea ce nu-ți place și să faci ceea ce n-ai face”.*

*Mark Twain*

---

## **COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI**

### **Colectiv CNSMF:**

Mihaela Bucurenci  
Doina Bunescu  
Monica Bătăiosu  
Mădalina Dumitrescu  
Cristina Isar  
Andrea Neculau  
Iuliana Popa  
Marius Mărginean

### **Colectiv INSP:**

Magda Ciobanu  
Adriana Gălan  
Rodica Nicolescu  
Silviu Rădulescu  
Carmen Ungurean

### **Colectiv ALIAT:**

Gabriela Bondoc  
Eugen Hriscu  
Andreea Ștefanache  
Mihai Bădica

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”  
Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția  
bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

## **GHID DE PREVENȚIE**

*Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare  
pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară*

### **Vol. 3.**

**Intervențiile preventive adresate stilului de viață  
Consumul de alcool**



aliat



## Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

**„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” – Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”**

## Promotor

**Institutul Național de Sănătate Publică**

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

[www.insp.gov.ro](http://www.insp.gov.ro)

## Parteneri

**Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei**

Calea Moșilor 227, Sc. 1, Ap.3, Sector 2, 0208868 București

[www.cnsmf.ro](http://www.cnsmf.ro)

**ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor**

Str. Constantin F. Robescu nr.4, Sector 3, 030218 București

[www.aliat-onq.ro](http://www.aliat-onq.ro)

## Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și / sau tutorele sau îngrijitorul lor.

## Copyright



Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, 2016

# CUPRINS

<b>CAPITOLUL 1. INTRODUCERE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLUL 2. DEFINIȚIA TERMENILOR .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPITOLUL 3. SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ A CONSUMULUI DE ALCOOL .....</b>	<b>7</b>
3.1. Modele de consum în Europa .....	7
3.2. Modele de consum în România.....	7
3.3. Efectele consumului de alcool asupra sănătății .....	8
3.3.1. Mortalitate .....	8
3.3.2. Morbiditate și invaliditate .....	8
<b>CAPITOLUL 4. EFECTELE INDIVIDUALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL .....</b>	<b>11</b>
4.1. Efecte neuropsihiatrice .....	13
4.2. Boli infecțioase .....	14
4.3. Cancerul .....	14
4.4. Tulburari gastro-intestinale.....	15
4.5. Diabet zaharat .....	15
4.6. Boli cardiovasculare .....	16
<b>CAPITOLUL 5. INTERVENȚII PENTRU depistarea și REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL .....</b>	<b>17</b>
5.1 SCREENING .....	17
5.2. TESTUL AUDIT.....	20
5.3. TEST AUDIT-C .....	22
5.4. INTERVENȚIILE SCURTE (IS).....	29
<b>CAPITOLUL 6. CONCLUZII .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>34</b>
Anexa 1. CHESTIONARUL AUDIT .....	34
Anexa 2. CHESTIONARUL AUDIT - SCORURI.....	35
ANEXA 3. FIȘA PACIENT CU SCOR 1-7 .....	36
ANEXA 4. FIȘA PACIENT CU SCOR 8-15 .....	38
ANEXA 5. FIȘA PACIENT CU SCOR 16-19 .....	40
ANEXA 6. FIȘA PACIENT CU SCOR PESTE 20.....	42
ANEXA 7. JURNALUL SĂPTĂMÂNAL AL CONSUMULUI DE ALCOOL .....	44
ANEXA 8. JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC.....	46
ANEXA 9. PLANUL PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ.....	47
ANEXA 10. BALANȚA DECIZIONALĂ .....	48
ANEXA 11. SUMAR RECOMANDĂRI PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL .....	49
<b>Bibliografie .....</b>	<b>50</b>

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 “Inițiativa în sănătatea publică”.  
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați  
[www.norwaygrants.org](http://www.norwaygrants.org), [www.norwaygrants.ro](http://www.norwaygrants.ro) și [www.initiativeinsanatate.ms.ro](http://www.initiativeinsanatate.ms.ro).

# CAPITOLUL 1. INTRODUCERE



Alcoolul este parte din cultura umană încă de la începutul istoriei înregistrate (Hanson, 1995) și în prezent este consumat pe scară largă în majoritatea părților lumii.

Consumul de alcool este identificat ca factor major de risc pentru boală, dizabilitate și deces, așa cum reiese din toate evaluările comparative ale riscurilor de boală realizate de Organizația Mondială a Sănătății (CRA WHO 1990, 2010).

Efectul nociv al alcoolului este în general proporțional cu cantitatea și modelul de consum, cele mai grave consecințe fiind asociate cu consumul de peste 40 grame de alcool pur/zi la bărbați și 20 grame de alcool pur/zi la femei (Rehm et al, 2004) și cu consumul neregulat abuziv de peste 60 grame/ocazie (Gmel et al, 2010; Rehm et al, 2004).

Studiile evidențiază faptul că nu numai indivizii și familiile lor sunt afectați de consumul dăunător de alcool, ci și comunitățile. (Center for Disease Control and Prevention, 2008).

## CAPITOLUL 2. DEFINIȚIA TERMENILOR

Pentru o înțelegere mai clară a paletii de probleme asociate consumului de alcool este necesară o definiție agreată a termenilor utilizați.

### Indicatori pentru măsurarea nivelului de consum de alcool

Dintre aceștia, cei mai importanți 3 sunt:

- **cantitate de alcool, per capita (APC).** Se definește ca *litri de alcool pur consumat pe cap de locuitor, într-un an, la persoane cu vârsta de peste 15 ani*. Termenul este utilizat, în studiile epidemiologice, ca un indicator al nivelului mediu anual de consum al unei populații date.
- **cantitate de alcool, în grame per persoană/zi.** Având în vedere greutatea specifică a alcoolului de 0,793 g/cm<sup>3</sup> (la 20°C), *cantitatea de alcool per capita* în litri de etanol pur pe an, poate fi convertită *în grame pe zi*, după formula:
  - $g/zi = APC \times 1000 \times 0.793/365$  zile
- Acest indicator este utilizat atât în studii și evaluări epidemiologice cât și în practica medicală, ca o măsură a cantității de alcool pur consumată de un individ, în medie pe zi. Cantitățile de alcool se corelează cu efectele asupra sănătății, indicatorul fiind utilizat în articole științifice de specialitate.
- **unitatea de alcool.** Cantitatea de alcool în grame/ per persoană/zi poate fi transformată în unități de alcool, echivalența fiind 10-14 gr de alcool pur/unitate.

Definițiile variază în funcție de țară și legislația locală.

Echivalența unei UNITĂȚI de ALCOOL s-a stabilit în fiecare țară prin consens.

În ciuda variațiilor destul de mari, folosirea unităților de alcool este foarte utilă în practica medicului de familie și a medicului specialist. Este preferată și de pacienți, fiind ușor de evaluat și ținut minte.

Definiția unei "unități de alcool" în EHIS (*European Health Interview Survey*) este egală cu 10 grame de alcool pur.

În România, prezentul ghid propune:

### UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur



(având în vedere greutatea specifică a alcoolului de 0,793 g/ml, 10 gr de alcool au un volum de 12,6 ml la 20 gr Celsius).

Conform OMS (Babor & Higgings-Biddle, 2001) o unitate de alcool este conținută în:

- 330 ml bere cu 5% alcool;
- 140 ml de vin cu 12% alcool;
- 90 ml de vin cu 18% alcool (ex: shery);



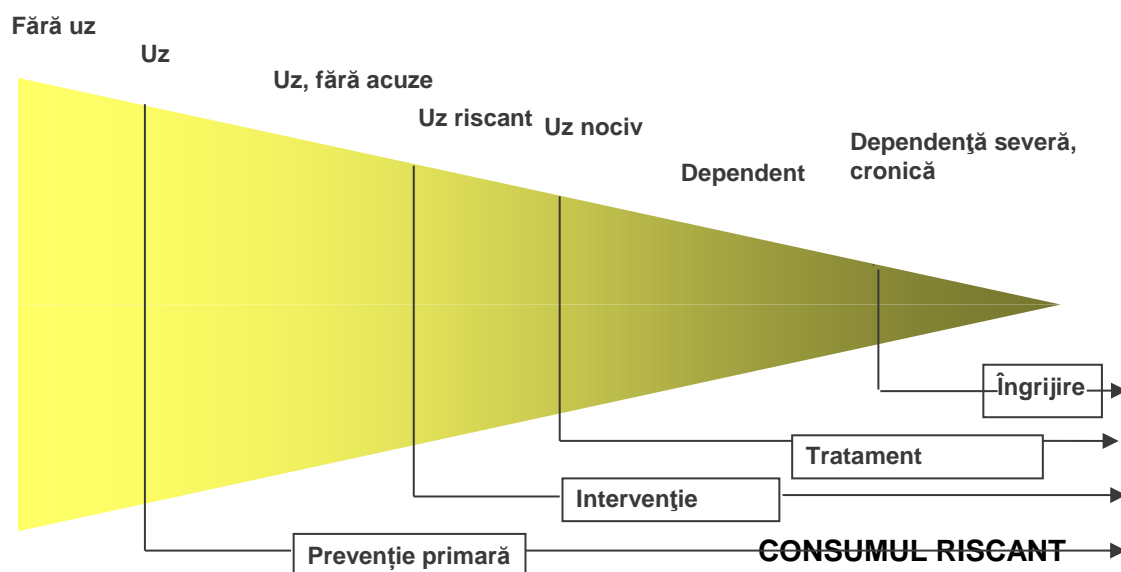
- 70 ml de lichior cu 25% alcool;
- 40 ml „tărie” (ex: whisky, țuică, vodcă, gin), cu alcool 40%.

### Termeni utilizați pentru descrierea frecvenței și modelului de consum de alcool

Ghidul recomandă doar termenii pentru care există un consens și recomandări ale OMS.

În prezent se consideră că **modelul consumului de alcool este un continuum** de la un consum nepericulos pentru sănătate, până la un consum sever cu dependența și alte consecințe grave asupra sănătății fizice.

Termenii de mai jos stabilesc niște *borne* în acest continuum, în care există o directă proporționalitate între cantitatea de alcool consumată, consecințele negative asupra sănătății fizice și psihice și resursele și intervențiile medicale necesare pentru a le corecta.



**Figura 1.** Modelul de consum de alcool și consecințele asupra sănătății (Modelul Skinner)

Este definit ca un nivel sau model de consum care este probabil să determine consecințe negative pentru sănătate, dacă acest nivel este continuat. (Babor et al 1994).

### CONSUM RISCANT

F: 20-40g/zi

B: 40g-60g/zi

AUDIT  
8-15

O definiție a OMS descrie consumul riscant ca un *consum mediu regulat de 20 - 40g de alcool/zi la femei și 40-60 g/zi la bărbați* (Rehm et al 2004).

În general, este considerat riscant pentru sănătate consumul de alcool care depășește un anumit prag recomandat, variabil definit de la țară la țară.

### CONSUM NOCIV

F: >40g/zi

B: > 60g/zi

AUDIT  
16-19

Este definit ca un tipar de consum de alcool care produce daune sănătății fizice (cum este de exemplu ciroza hepatică) sau psihice (de exemplu depresia secundară consumului de alcool). (OMS, 1992).

Tulburarea „Consum nociv de alcool” există ca tulburare psihică definită ca mai sus în Clasificarea Internațională a Maladiilor (ICD-10), cod F10.1.

Comisia europeană definește consumul nociv ca ”Aportul de peste 60 de grame de alcool pur la o ocazie, lunar sau mai des, în timpul ultimelor 12 luni”.

OMS a definit consumul nociv ca un *consum mediu regulat de mai mult de 40 g alcool/zi la femei și 60 g de alcool/zi la bărbați* (Rehm et al, 2004).

Testul **AUDIT** (Testul de Identificare a Tulburărilor Induse de Alcool), test standardizat și recomandat de OMS și majoritatea ghidurilor internaționale, are praguri de punctaj clar definite pentru diferențierea tiparelor de consum de mai sus.

Rezultate **AUDIT**:

- Între 0 și 7 - Consum nepericulos pentru sănătate;
- Între 8 și 15 - Consum riscant;
- Între 16 și 19 - Consum nociv;
- Peste 20 - Consum extrem de nociv.

## INTOXICAȚIE

Intoxicația etanolică este o condiție tranzitorie după administrarea de alcool, rezultând în tulburări ale nivelului de conștiință, cunoaștere, percepție, dispoziție sau comportament, sau ale altor funcții și reacții psihofiziologice (ICD-10, cod de tulburare F10.0).

Ea poate rezulta la orice concentrație de alcool în organism. Nu este sinonimă cu episodul de consum sever sau compulsiv („consum de tip binge”).

## EPIȘOD DE CONSUM COMPULSIV / EXCESIV

Acest model presupune consumarea episodică a unor cantități mari de alcool (definită de OMS, 2004 ca peste 60 g alcool/ocazie sau mai mult de 5-6 unități/ocazie). Acest tip de *consum neregulat* la „ocazii” sau în weekend (consum de tip binge) este asociat cu consecințe negative grave asupra sănătății fizice (Gmel et al, 2010; Rehm et al, 2004), deși nu se depășește cantitatea de alcool maxim recomandată pe săptămână.

## DEPENDENȚA DE ALCOOL / TULBURĂRI INDUSE DE ALCOOL

**AUDIT  
> 20**

Diagnosticul de **Dependență de alcool** există ca tulburare distinctă în Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mintale și de Comportament a OMS (ICD-10) și în DSM-IV-R (Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale).



## Important! Termenul dependență de alcool nu mai reprezintă o tulburare mintală distinctă în DSM-5, ultima versiune (2013) a DSM.

Conform ICD 10, criteriile de diagnostic pentru *Dependența de alcool* (F10.2) sunt următoarele: un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea alcoolului capătă o prioritate mult mai mare pentru individ decât alte comportamente care au avut odată o valoare mai mare. O caracteristică centrală a sindromului de dependență este dorința (de multe ori puternică, uneori copleșitoare) de a consuma alcool. Revenirea la consumul de alcool după o perioadă de abinență duce la o reapariție mai rapidă a caracteristicilor sindromului.

## TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

DSM-5 include într-o categorie unică - *Tulburări legate de consumul de alcool*, abuzul și dependența de alcool, descrise în DSM IV drept categorii distincte.

Criteriile DSM-5 pentru Tulburările legate de consumul de alcool sunt:

1. Substanța este consumată în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă de timp decât s-a intenționat inițial.
2. Există dorința de a reduce sau stopa consumul de substanță, dar fără a avea succes.
3. Sunt necesare perioade lungi de timp pentru a obține substanța, a o folosi sau a se recupera de pe urma consumului de substanță.
4. Există o nevoie puternică de a folosi substanța (*Craving*).
5. Activitățile planificate la lucru, acasă sau la școală nu sunt realizate din cauza consumului de substanță.
6. Consumul continuă, în ciuda consecințelor negative asupra relațiilor.
7. Renunțarea la activități importante sociale, ocupaționale sau recreaționale din cauza consumului de substanță.
8. Consumul repetat de substanță, în ciuda situațiilor periculoase create astfel.
9. Continuarea consumului în ciuda conștientizării existenței unei probleme fizice sau psihologice cauzate sau agravate de substanță.
10. Nevoia de cantități tot mai mari de substanță pentru a obține efectul dorit (toleranța).
11. Apariția simptomelor de sevraj care pot fi evitate prin consumul de substanță.

Sunt definite 3 subcategorii de gravitate:

- Tulburare de intensitate ușoară (2-3 criterii);
- Tulburare de intensitate medie (4-5 criterii);
- Tulburare de intensitate severă (peste 6 criterii).

**Nu se recomandă a fi utilizați următorii termeni:**

- ALCOOLISM

- CONSUM SOCIAL / MODERAT / RESPONSABIL DE ALCOOL

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități de alcool.

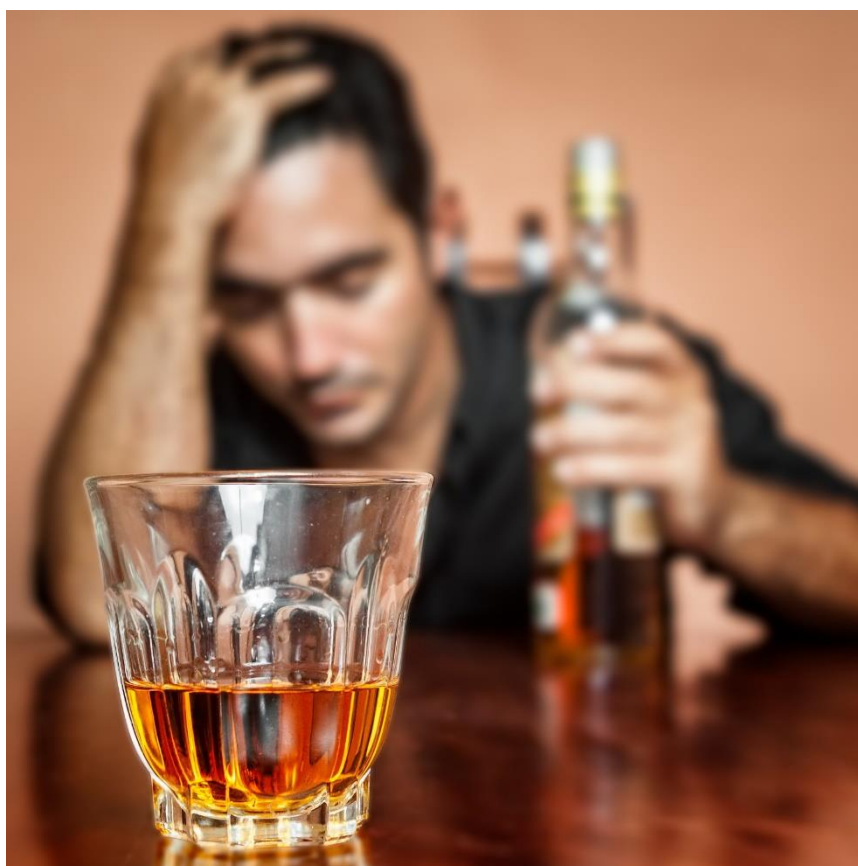
În România, se consideră un *consum problematic* (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

**Bărbați  $\leq 2$  unități/zi, maxim 14 unități/săptămână;**

**Femei  $\leq 1$  unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână;**

**Persoane peste 65 ani  $\leq 1$  unitate/zi.**

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.



# CAPITOLUL 3. SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ A CONSUMULUI DE ALCOOL

## 3.1. MODELE DE CONSUM ÎN EUROPA

În UE (15+) se estimează că aproximativ 53 de milioane de adulți nu beau deloc alcool, în timp ce aprox. 58 de milioane sunt mari băutori, dintre care 23 de milioane sunt dependenți de alcool. (Anderson P, Baumberg B 2006)

Consumul per capita în populația adultă a UE a fost de **12,5 litri de alcool** pur pe locuitor în anul 2009 (consum oficial cât și de băuturi neînregistrate oficial (produse în gospodărie, trafic ilegal etc.). (Anderson P, Moller L, Galea G 2012)

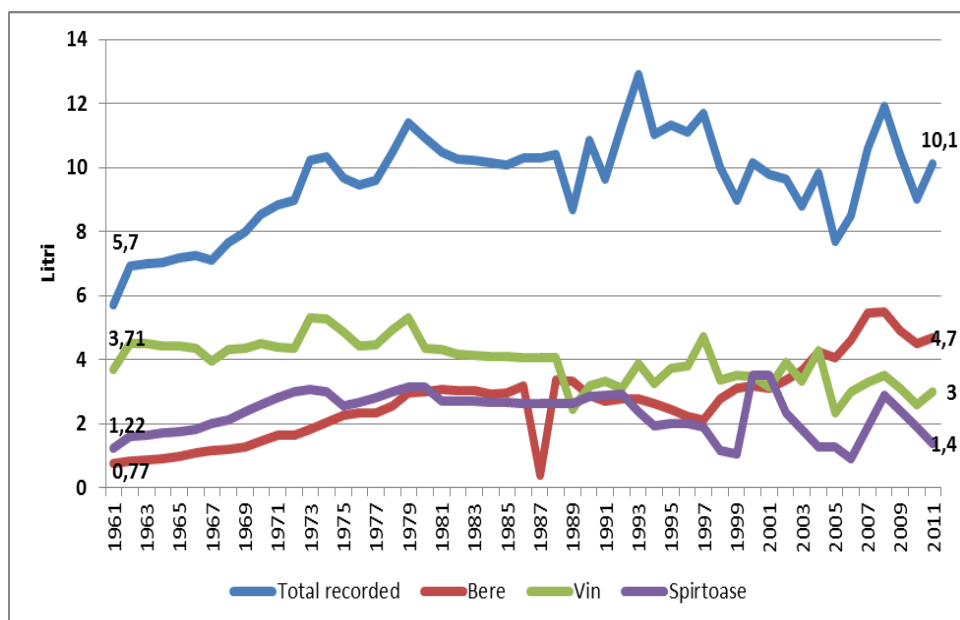
Tabelul 2 prezintă consumul de alcool per capita în populația adultă a UE.

În 2012 nivelul de consum în România (**16,3l în total**, din care 3 l neînregistrați) o situează deasupra nivelului de consum mediu în Europa. (vezi Tabelul 2 din Anexa - Consumul de alcool per capita în UE, țările candidate, Norvegia și Elveția, 2009).

## 3.2. MODELE DE CONSUM ÎN ROMÂNIA

Dacă în 1961 România avea un consum înregistrat de alcool pe locuitor adult (15+) de 5,7l alcool pur/an, acest consum aproape s-a dublat, ajungând în anul 2011 la 10,1l alcool pur/locuitor/an. De asemenea, structura consumului s-a modificat, în special prin scăderea la jumătate a ponderii consumului de vin și triplarea ponderii consumului de bere. România se situează deasupra consumului mediu al UE.

**Figura 2.** Consumul de alcool înregistrat per capita la populația adultă a României, 1961-2011



Sursă: Global Health Observatory Data Repository (European Union) <http://apps.who.int/gho/data>

Consumatorii de multe ori nu conștientizează că o treime (32,4%) din populația adultă a României nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, ceea ce poate modifica ideea cultural răspândită despre universalitatea consumului de alcool. („beau și eu ca tot omul”).

În România ca și în Europa, **berea este tipul preferat de alcool** (Recorded alcohol per capita (15+) consumption (în litres of pure alcohol) by type of alcoholic beverage, OMS, 2011).

### 3.3. EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL ASUPRA SĂNĂTĂȚII

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumire, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

#### 3.3.1. MORTALITATE

La nivel mondial, **peste 3,3 milioane de oameni mor în fiecare an** din cauza alcoolului, aceste cifre luând deja în calcul efectul benefic pe care alcoolul îl are în bolile cardiovasculare și diabet (Baliunas et al. 2009; Corrao et al. 2000; Patra et al. 2010; Rehm et al. 2004). (estimat în 2012)

Astfel 5,9 % din numărul total de decese anuale sunt determinate de alcool, din care 7,6 % la bărbați și 4% la femei.

Procentul din mortalitatea generală cauzată de alcool, în Europa, este însă dublu față de procentul din mortalitatea generală la nivel mondial, fiind de 13,3%.

#### 3.3.2. MORBIDITATE ȘI INVALIDITATE

La nivel mondial, 5,1% din povara globală a bolilor și a prejudiciului poate fi atribuită alcoolului (măsurată în DALY); în Europa, cifra este de 12,8% din total DALY. (Global status report, 2014).

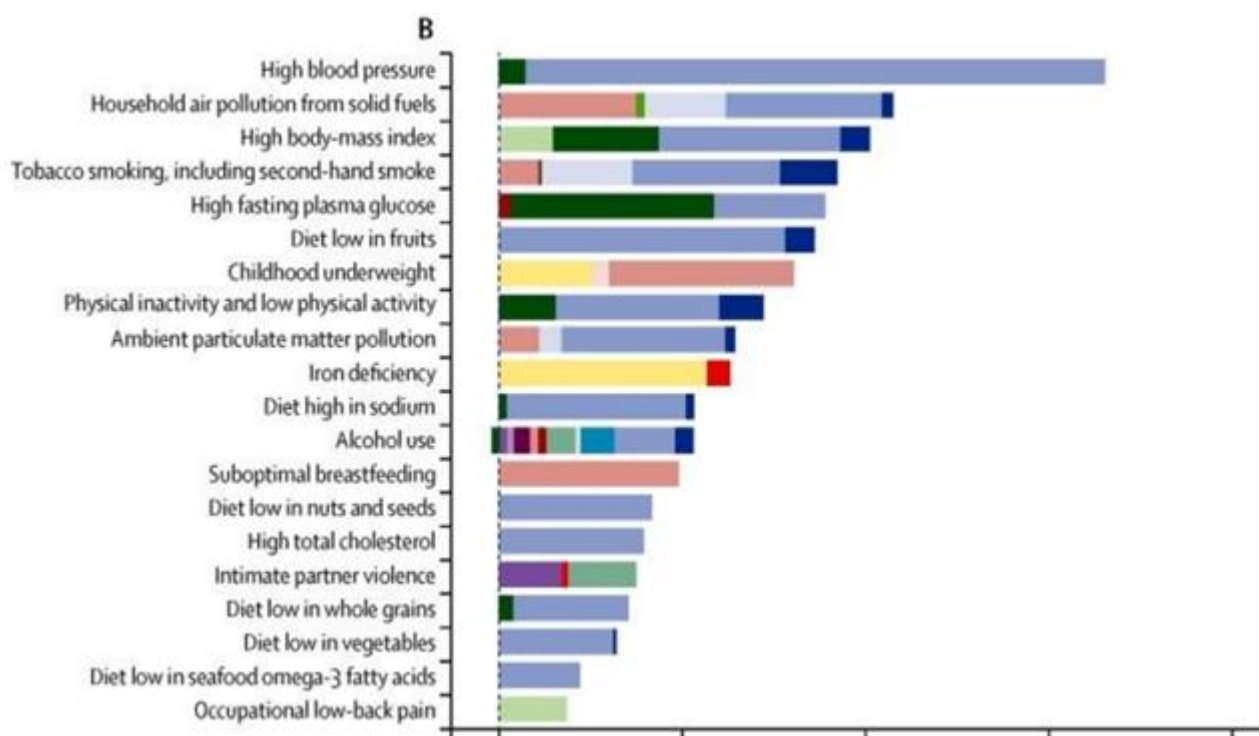
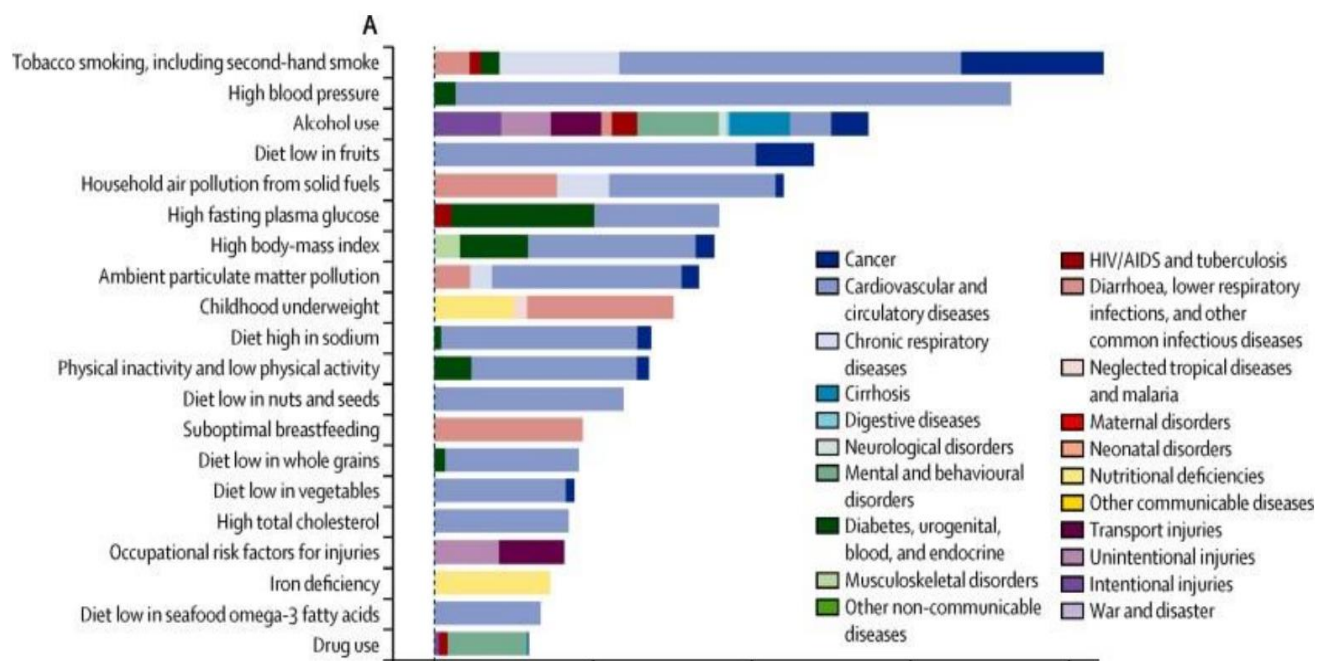
Consumul de alcool provoacă deces și invaliditate, relativ devreme în viață. Dincolo de consecințele asupra sănătății, consumul nociv de alcool aduce pierderi sociale și economice semnificative indivizilor și societății în general.

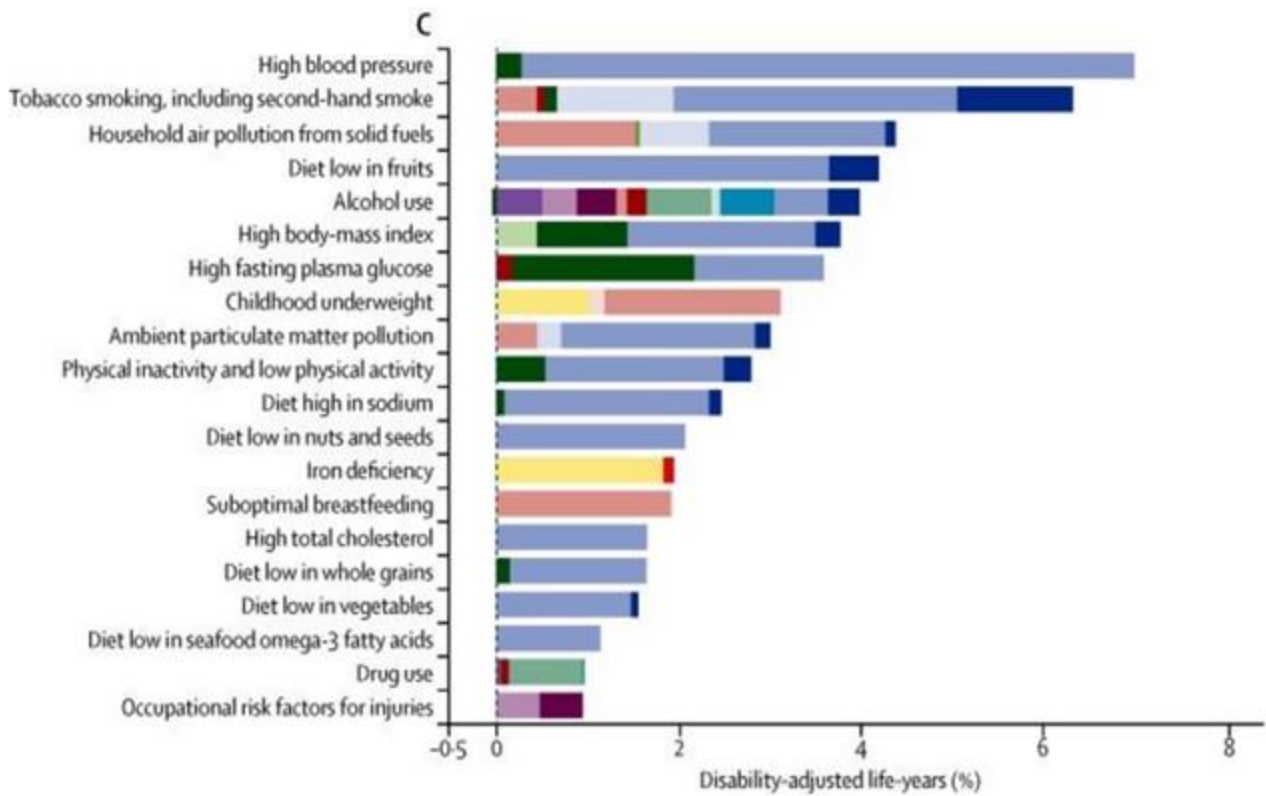
Alcoolul ocupă locul 5 în lista factorilor de risc globali implicați în îmbolnăviri și leziuni, la nivel mondial (*Global Burden of Disease Study 2010*), urcând cu 3 locuri față de 1990.(Figura 3)

De fapt, în ultima evaluare a riscului comparativ condusă de OMS, impactul defavorabil al consumului de alcool asupra poverii globale a bolilor și leziunilor a fost întrecut doar de sexul neprotejat și obezitatea la copii, dar a depășit multe riscuri clasice ca apa și salubritatea nesigure, hipertensiunea, colesterolul ridicat sau consumul de tutun (WHO 2009).

O atenție specială trebuie acordată factorilor de risc pentru îmbolnăviri la bărbați, unde alcoolul ocupă locul 3, fiind depășit doar de fumat și hipertensiunea arterială.

**Figura 3.** Factori de risc globali (Global Burden of Disease Study 2010) – la Bărbați (A)





**Figura 3.** Factori de risc globali (Global Burden of Disease Study 2010) – La Femei (B) și ambele sexe (C)

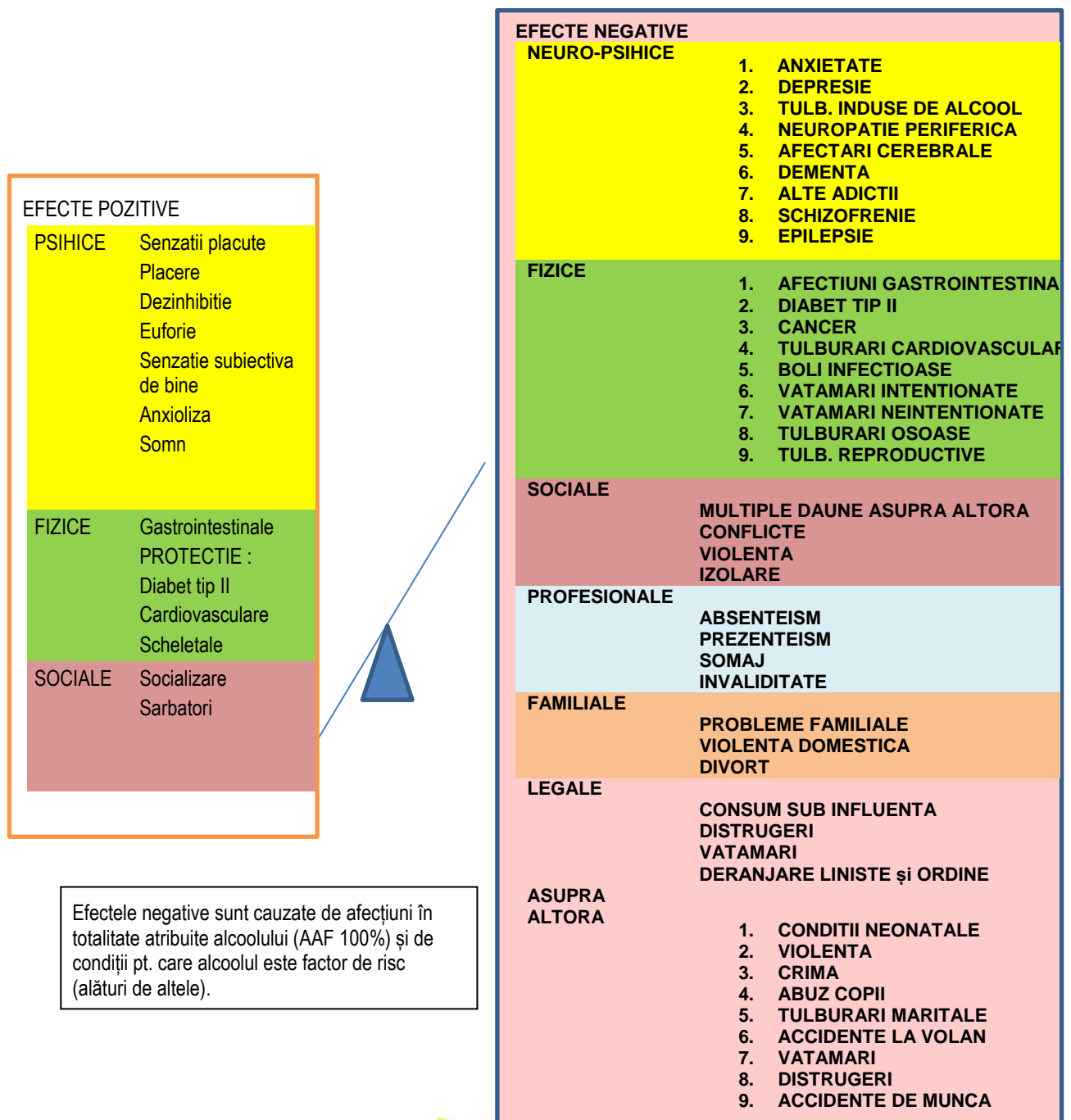


# CAPITOLUL 4. EFECTELE INDIVIDUALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL

Consumul de alcool are efecte semnificative asupra ființei umane, acționând și influențând nu numai sănătatea psihică și fizică ci și toate arile de funcționare (nivel familial, profesional, socio-economic). Efectele alcoolului nu sunt în totalitate negative, deși balanța este net înclinată în favoarea celor negative.

La aceste efecte se adăugă cele asupra societății, determinate de costurile îngrijirii sănătății, afectarea sănătății (fizice și psihice) și siguranței celor din jur, scăderea productivității în muncă cu invaliditate precoce. (Rehm, 2009).

**Figura 4.** Efectele individuale ale alcoolului



## Efectele negative ale consumului de alcool

Relația dintre volumul mediu de alcool consumat, boala și riscul de rănire este dependentă în cele mai multe cazuri de doză, dar nu neaparat după un model linear. Astfel, Rehm și colaboratorii sai (Rehm et al, 2007) au stabilit niște niveluri (straturi) ale mediei consumului pentru a permite modelarea diferitelor modele (curbe) de relații:

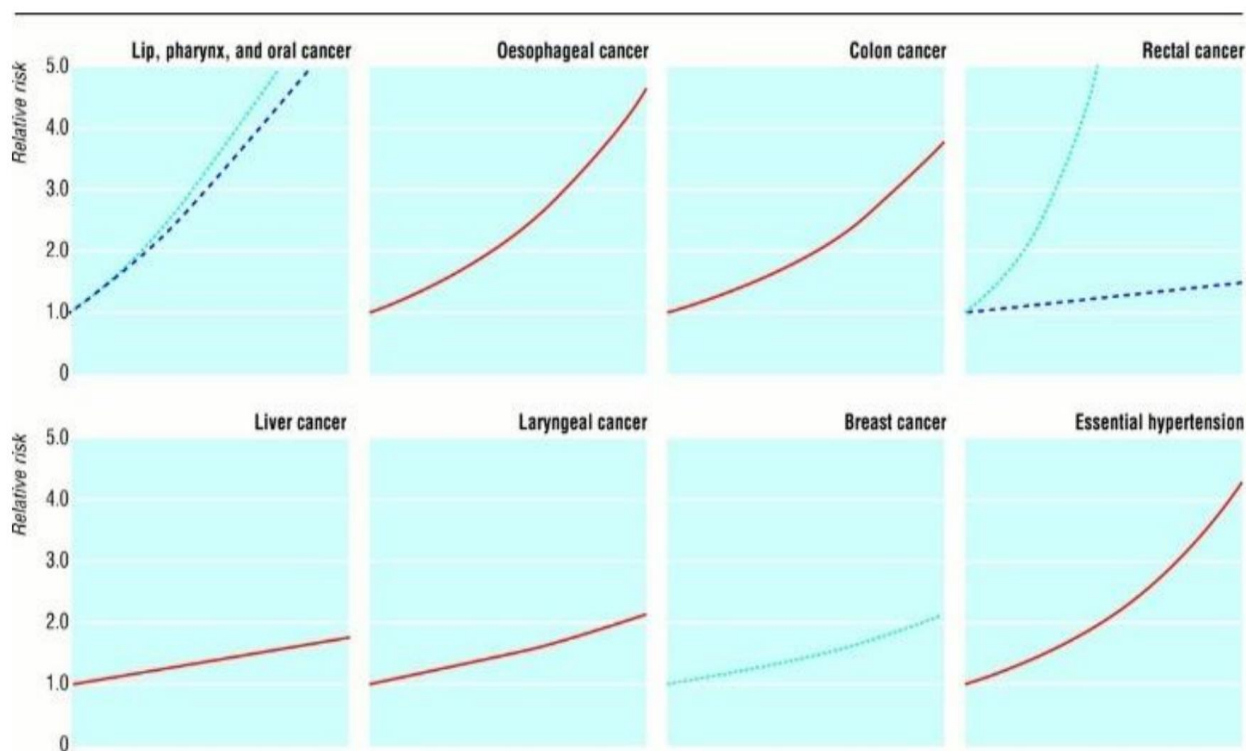
- abstenenții (cei care consumă până la 0,25 grame de alcool pur pe zi),
- de la 0,25 la 20g,
- de la 20 la 40g,
- de la 40 la 60g și
- peste 60g pe zi.

Pentru cele mai multe boli, riscul asociat este mai crescut pentru un nivel mai crescut al consumului de alcool, fără nicio dovadă a vreunui efect de prag (Anderson et al.1993; Anderson 1995; Anderson 2003; Rehm et al. 2003) și cu pante ale riscului variind în functie de sex (Corrao et al.1999; Corrao et al. 2004) (tabel 3).

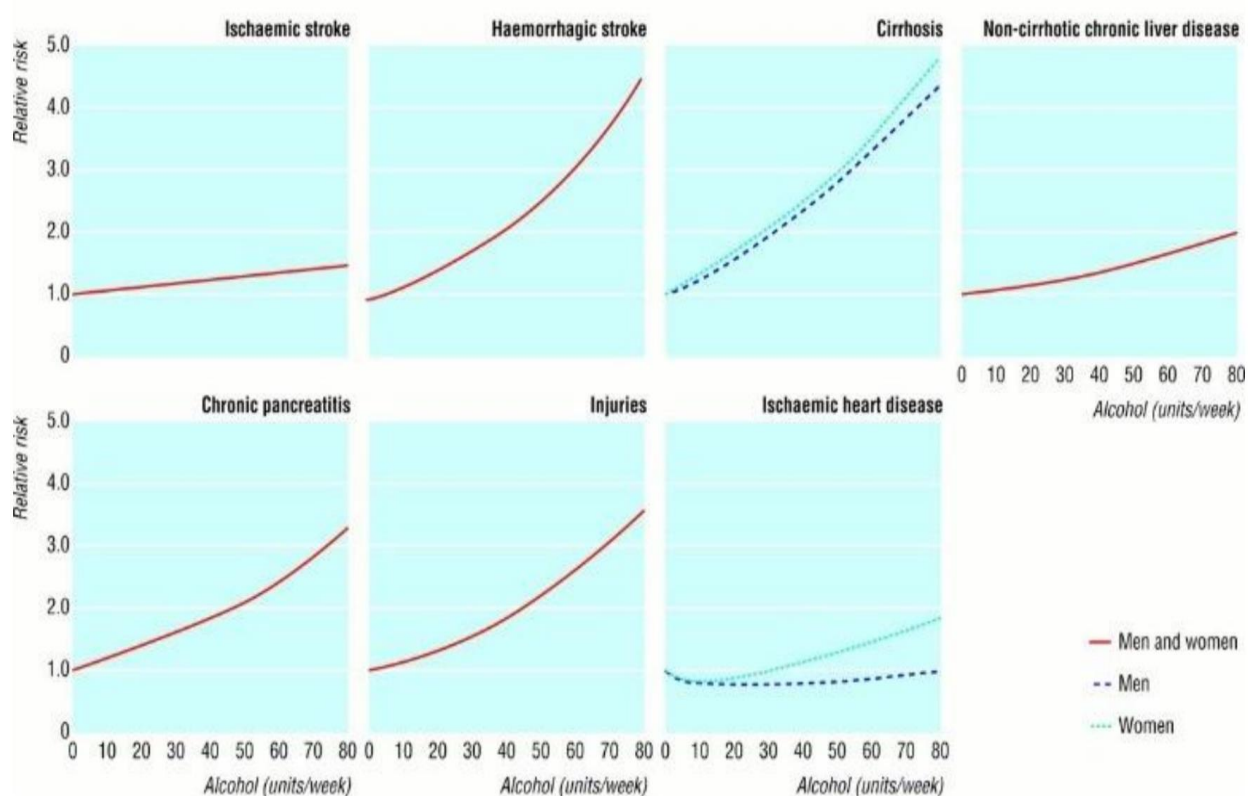
Exista o relație directă doză-răspuns între consumul de alcool și riscul de deces, la femeile cu vârsta între 16 și 54 de ani și la bărbații între 16 și 34 de ani. La vârste mai mari relația este în forma de "U".<sup>1</sup>

Nivelul de consum la care riscul este cel mai mic crește odată cu vârsta, ajungând la 3 unități pe săptămână la femeile cu vârsta de peste 65 de ani și 8 unități pe săptămână la bărbații cu vârsta de peste 65 de ani. Nivelul la care riscul este crescut cu 5%, peste acest minim, este de 8 u/săptămână la femei între 16-24 de ani și 5 u/săptămână la bărbații între 16-24 de ani, respectiv de 20 u/săptămână la femei și 34 u/săptămână la peste 65 de ani.

**Figura 5.** Riscuri relative specifice cauzei. Când bărbații și femeile nu sunt arătați separat, același model este folosit pentru ambele sexe<sup>1</sup>



**Figura 5.** Riscuri relative specifice cauzei. Când bărbații și femeile nu sunt arătați separat, același model este folosit pentru ambele sexe<sup>1</sup> (continuare)



### Condiții pentru care alcoolul este un factor de risc

Tulburările și leziunile pentru care consumul de alcool este un factor de risc contribuie mai mult la povara globală a îmbolnăvirilor decât o fac condițiile medicale specifice alcoolului.<sup>2</sup>

Principalele categorii impactate de consumul de alcool sunt enumerate în tabelul de mai sus și vor fi detaliate pe rând.

## 4.1. EFECTE NEUROPSIHATRICHE

Există multiple tulburări psihice induse în exclusivitate de alcool. (F10). Consumul de alcool crește și riscul dezvoltării altor tulburări psihice. De asemenea riscul tulburărilor induse de alcool (AUD) este mult mai mare la pacienții cu tulburări psihice decât în restul populației. 1A

Tulburarea *depresivă* și AUD sunt într-o astfel de relație bidirecțională: persoanele cu AUD au un risc de 3-4 ori mai mare de a dezvolta tulburări depresive - până la 20% din persoanele cu dependență de alcool au un episod depresiv major; 11% din persoanele cu depresie majoră sunt dependente de alcool.

Una din opt persoane care suferă de *anxietate* are AUD (prevalența pe un an fiind de 29,1% pentru abuz de alcool).

Riscul de tulburare *bipolară și de schizofrenie* crește la persoanele suferind de tulburări induse de alcool (persoanele cu dependența de alcool având de 6 ori mai multe șanse să dezvolte tulburare bipolară și de aproape 4 ori mai multe șanse să dezvolte schizofrenie).

Peste 60% din persoanele suferind de tulburare bipolară au un consum problematic de alcool și aproape 30% din persoanele suferă de depresie.

Intervențiile privind reducerea consumului de alcool la persoanele cu tulburări psihice îmbunătățesc rapid simptomatologia și răspunsul la medicația psihotropă, constituind o grupă de risc la care prevenția este prioritară. De aceea prevenția AUD se constituie și în măsuri preventive pentru sănătate mintală în general.

### **Afectare neurologică**

Alcoolul crește riscul de *distrugeri neuronale* în neuronii periferici, atât senzitivi cât și motorii, într-o manieră dependentă de doză.

Consumul de alcool are efecte negative asupra funcționării creierului atât pe termen scurt cât și pe termen lung. Foarte puțini pacienți sunt conștienți că alcoolul este un inhibitor al funcției cerebrale și că intoxicația etanolică poate fi letală (prin inhibiția progresivă a activității cerebrale care duce la inhibiția centrilor cardio-respiratorii și stop cardio-respirator)!!. Pe termen lung consumul de alcool duce la atrofie cerebrală, cu deficite cognitive, mai ales produs de consumul de cantități mari (consum tip binge).<sup>12</sup> De asemenea, la adolescenți duce la tulburări hipocampice și o involuție permanentă în dezvoltarea cerebrală.

Consumul prelungit duce la o serie variată de tulburări cerebrale de la tulburări psihotice, delirium, sindrom Wernicke-Korsakoff (confuzie, tulburări de echilibru, deficite mnemice și cognitive) sau demență alcoolică.

## **4.2. BOLI INFECȚIOASE**

În ultimii ani au fost adunate dovezi concludente că alcoolul crește riscul de boli infecțioase, în special: pneumonie; HIV; tuberculoza.<sup>2</sup> 1A

Explicația rezidă pe de o parte în efectul alcoolului de reducere a imunității, consumul de peste 40g de alcool/zi crescând rata de îmbolnăvire prin infecții la consumatori versus neconsumatori, în condițiile aceleiași expuneri la infecție. În plus, se adaugă factori sociali asociați consumului problematic de alcool: venituri scăzute sau lipsa veniturilor, accesul redus la îngrijire, lipsa suportului medical.

Pentru infecția cu HIV, factorii de personalitate asociați cu consumul de alcool (căutarea de senzații intense, expunere la pericole, impulsivitate) cresc riscul de contactare cu HIV. Alcoolul scade substanțial rata de aderență la tratament antiretroviral.

## **4.3. CANCERUL**



**Există dovezi concludente care arată că alcoolul consumat în cantități mari cauzează o serie de cancere: cancerul cavității bucale, faringe, laringe, esofag, ficat, colon, rect și cancer de sân. 1A**

Recent (2014), grupul de lucru al Agenției Internaționale de studiu asupra cancerului (IARC) consideră alcoolul în prima clasă de carcinogene.<sup>3</sup> IARC a concluzionat că există suficiente dovezi de carcinogenicitate la alcool pentru animale și a clasificat băuturile alcoolice ca fiind carcinogene de clasă 1 la oameni.<sup>10</sup>

În plus, grupul Agenției Internaționale a Cercetării pentru cancer a concluzionat că -acetaldehida, produs de metabolizare a etanolului, dar și ingerată ca o componentă a băuturii alcoolice - este în sine cancerigen.

Alcoolul joacă un rol clar dovedit în cancerul cavității bucale, de faringe, laringe, esofag, ficat, colon și rectum și în cancerul de sân. Pentru cancerul stomacal și pulmonar, carcinogenitatea e considerată posibilă, dar nu certă.<sup>4</sup>

Mecanismele moleculare și biochimice prin care consumul cronic de alcool conduce la dezvoltarea cancerului nu sunt în totalitate înțelese. S-a sugerat că aceste mecanisme pot diferi de la organ la organ: polimorfism genetic în codarea enzimelor responsabile pentru metabolizarea etanolului (ex. dehidrogenaza de alcool, dehidrogenaza aldehide, și citocromul P450 2E1), concentrații crescute de estrogeni; schimbări în metabolismul acidului folic și repararea ADN-ului (Boffetta and Hashibe 2006; Seitz and Becker 2007). Cel mai probabil mecanismele enunțate joacă un rol important în dezvoltarea cancerelor de tract digestiv, în special cele ale tractului digestiv superior (Lachenmeier et al. 2009; Seitz and Becker 2007).<sup>11</sup>

Cancerul se dezvoltă într-o manieră direct dependentă de doză.<sup>5</sup>

#### 4.4. TULBURARI GASTRO-INTESTINALE



**Alcoolul crește riscul cirozei hepatice și al pancreatitei acute și cronice și determină boli hepatice și pancreatice specifice (hepatită, ciroză, pancreatită alcoolică). 1A.**

La bărbații între 35 și 69 de ani consumul de alcool de peste 4 unități /zi crește riscul de mortalitate de 8 ori față de abținere. (Anderson et al, 2005)

Există factori genetici implicați în polimorfismul enzimelor care metabolizează alcoolul, care pot să crească sau, din contră, să protejeze consumatorul de alcool împotriva dezvoltării hepatitei și cirozei alcoolice.

Astfel, riscul crescut de a dezvolta afecțiuni alcoolice hepatice este asociat cu:

- alelele HLA-B8, Bw40, B13, A2, DR3, DR2;
- consumul prelungit pe o perioadă lungă de timp, spre deosebire de consumul de tip binge;
- consumul de alcool realizat în casă;
- asocierea cu hepatita de tip C;
- sexul feminin.

#### 4.5. DIABET ZAHARAT

Relația dintre consumul de alcool și diabet este una complexă.

Există o relație în formă de "U" între volumul mediu de consum de alcool și debutul diabetului zaharat (Baliunas et al. 2009) - nivelurile inferioare de consum au un efect protector, în timp ce un consum mai mare este asociat cu un risc crescut. Cel mai mare efect protector a fost descoperit la un consum de 2 băuturi standard (28 de grame de alcool pur) pe zi. Un efect net defavorabil a fost descoperit la o cantitate de aproximativ 4 băuturi standard (50-60 de grame de alcool pur) pe zi.<sup>11</sup>

## 4.6. BOLI CARDIOVASCULARE

Efectele alcoolului asupra sistemului cardiovascular sunt atât protective cât și negative.



**Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are EFECT PROTECTIV, scăzând riscul pentru:**

- infarctul miocardic;
- atacul cerebral ischemic. 1A



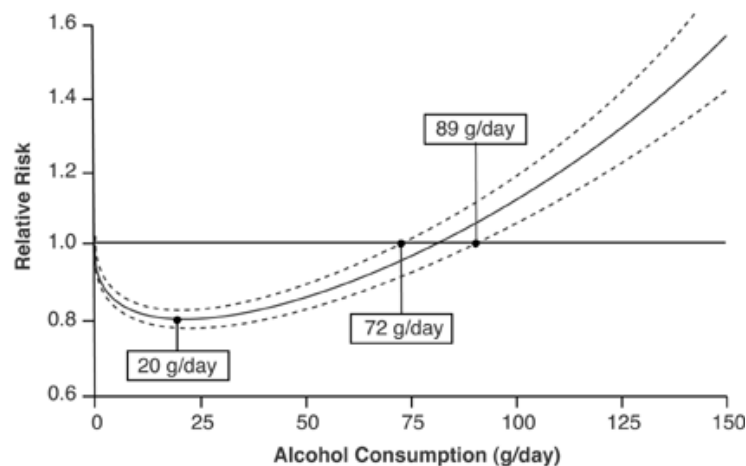
**Consumul de cantități mai mari, dar mai ales consumul ocazional de cantități excesive (consumul de tip binge) are EFECTE DEFAVORABILE, crescând într-o dependență de doză, riscul pentru:**

- hipertensiune arterială;
- fibrilație arterială/alte tulburări de ritm;
- infarctul miocardic;
- atacul vascular cerebral ischemic;
- atacul vascular cerebral hemoragic. 1A

Modalitățile prin care alcoolul intermediază aceste efecte sunt:

- Un consum moderat reduce depunerile de placă de aterom din artere, protejează împotriva cheagurilor de sânge și susține dizolvarea acestora și crește nivelul lipoproteinelor cu densitate mare.
- Un consum excesiv, dar mai ales un consum neregulat, excesiv, tip binge, determină: coagularea crescută cu risc de tromboză, creșterea lipoproteinelor cu densitate joasă și un prag redus de fibrilație ventriculară.
- Consumul exagerat de alcool pare să reducă pragul de la care miocardul ventricular inițiază un model de contracție rapidă; fără intervenția promptă, un astfel de model de contracție conduce la disfuncții cardiace importante și chiar la moarte.<sup>6</sup>

**Figura 6.** Exemplu de relație între consumul mediu de alcool și BCI, așa cum este exprimat de curba J, cu intervale de siguranță.



NOTĂ: Linia din mijloc reprezintă rezultatul unei meta-analize. Celelalte două linii reprezintă intervalele de siguranță superioară și inferioară. SURSE: Corrao et al. 2000.<sup>7</sup>

# CAPITOLUL 5. INTERVENȚII PENTRU DEPISTAREA ȘI REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL

## 5.1 SCREENING

Consumul de alcool poate avea consecințe grave și multiple asupra sănătății, (majoritatea fiind doză-efect). De aceea, evaluarea cantității de alcool consumate de fiecare persoană aduce o informație extrem de utilă privind riscului medical corespunzător la care se expune.

**Medicul de familie** este furnizorul de servicii medicale de prim contact și se află în poziția de a interveni prin **măsuri de screening și intervenții** pentru reducerea efectelor nefavorabile ale consumului de alcool. El este în măsură să **evalueze** și să **își educe pacienții** privind limitele consumului sănătos și să influențeze astfel reducerea riscurilor asociate consumului dăunător de alcool.

Prezentul ghid a făcut o evaluarea sistematică a celor mai importante ghiduri de prevenție și studii privind consumul problematic de alcool din ultimii 10-15 ani și răspunde următoarelor întrebări, conform tabel 1.

**Tabel 1.** Principalele recomandări

	Aspect	Recomandare	Nivel
1	Care este populația țintă pentru screening?	Se recomandă efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani.	1A
2	Care este metoda de screening?	Pentru screeningul privind consumul inadecvat de alcool se recomandă utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT.	2A
3	Există o variantă mai scurtă de screening?	Pentru operativitate, se poate utiliza inițial varianta scurtă (AUDIT_C); la rezultate anormale (>4 la bărbați și >3 la femei) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral.	2A
4	Care este intervalul de screening?	Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, se recomandă screeningul la intervale de 4-5 ani.	2B
5	Adolescenții ar trebui evaluați?	La adolescenții între 15-18 ani se recomandă evaluare oportunistă sau anuală.	2B
6	Cine aplică chestionarul de screening?	Se recomandă aplicarea chestionarului de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie; chestionarul poate fi și autoadministrat.	2A
7	Care este scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?	Se va considera un rezultat pozitiv la screening scorul 8 pentru AUDIT și scorul 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C.	2A
8	Cum se aplică chestionarul?	Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și oportunist.	2A
9	Când se aplică chestionarul?	Chestionarul se poate aplica înaintea consultației, oportunist (vezi mai jos).	2A
10	Cum se folosesc biomarkerii?	Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru consumul inadecvat de alcool; biomarkerii vor putea fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.	2B
11	Care este nivelul de consum nepericulos la persoanele sănătoase?	Se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să se mențină în limita a <2 u/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a <1 u/zi.	1A

12	Care este recomandarea pentru femeile gravide?	Se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool.	1A
13	Sunt intervențiile scurte eficiente?	Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).	1A
14	Care este scorul la care se face referirea către tratament specializat în adicții?	Se recomandă ca persoanele cu scor AUDIT $\geq 20$ , indicând de obicei dependența de alcool, să fie referite către tratament de specialitate în adicții.	1A

## Care este populația țintă pentru screening?



**Se recomandă efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani.<sup>9,10</sup> 1A**

Deoarece consumul de alcool produce efecte extrem de nocive asupra sănătății, varianta **ideală ar fi ca toți adulții să fie evaluați privind consumul de alcool**. Motivele pentru care nu se întâmplă astfel sunt: lipsa de timp, stigma asociată sau ideea că pacienții vor fi deranjați să fie chestionați pe tema alcoolului, neîncrederea în eficiența intervențiilor sau lipsa de instruire în domeniu a medicilor de familie.<sup>11</sup>

Deși majoritatea medicilor de familie afirmă că evaluează consumul de alcool, ratele de screening sunt reduse și pacienții înșiși afirmă că nu au fost întrebați despre consumul de alcool, chiar și când acesta era crescut.<sup>12</sup>

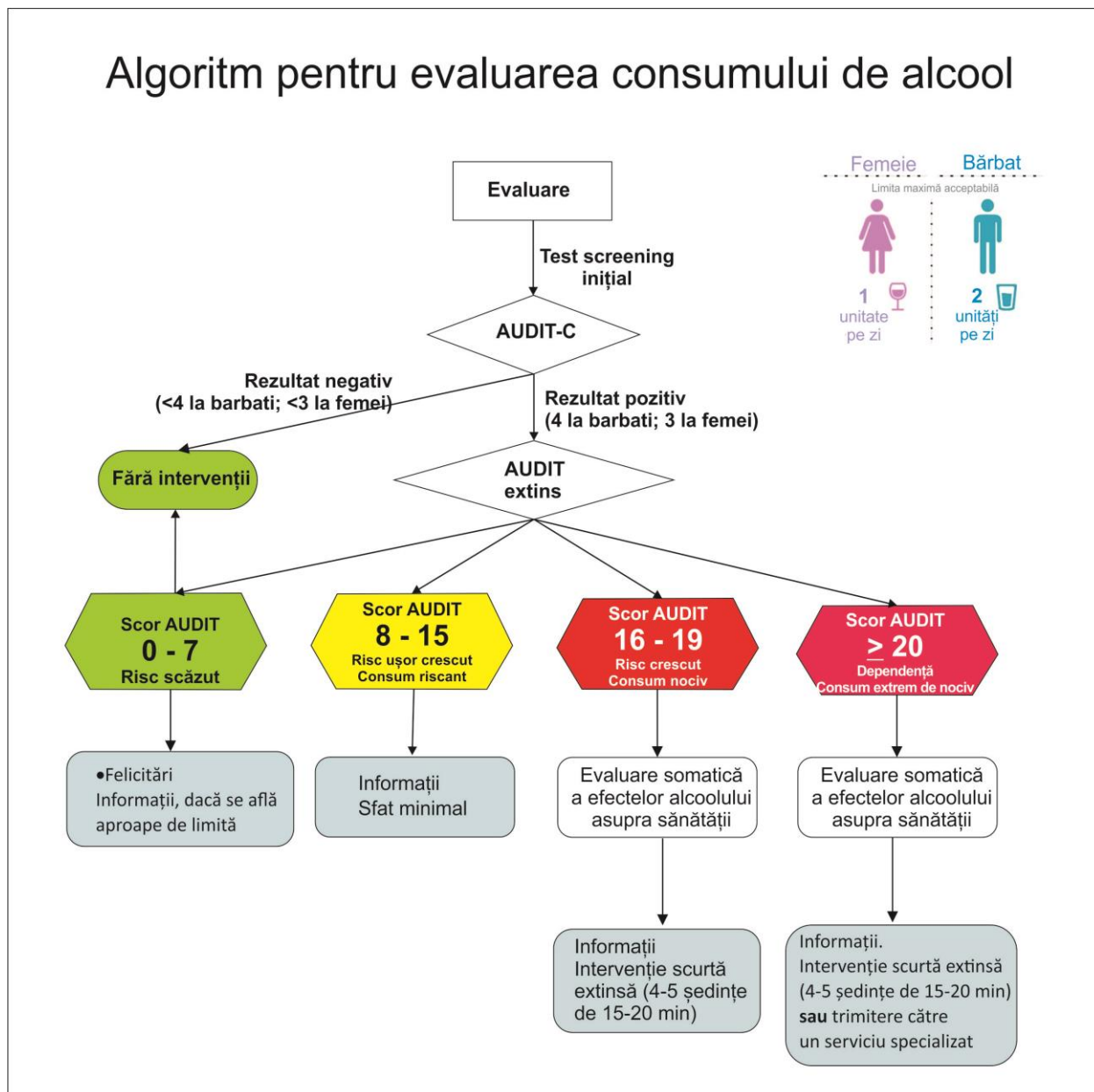
Screeningul, atunci când nu poate fi făcut la toți pacienții adulți, ar trebui să fie făcut în mod **oportunist** la:

- prima consultație/înregistrare a pacientului pe listele medicului de familie, ca parte a unei evaluări extinse;
- persoanele cu risc crescut;<sup>9</sup>
- persoane în vârstă;
- persoane tinere care au risc mare de accidente sau vătămări;
- persoane cu istoric de dependență de alcool;
- persoane care participă/controlază activități riscante (șofat, activități nautice, sporturi extreme);
- persoane cu o condiție medicală ce poate fi înrăutățită de consumul de alcool (pancreatită, diabet, hepatită/afecțiuni hepatice cronice, hipertensiune, ulcer peptic, tulburări de somn, tulburări sexuale, alte disfuncții majore);
- persoane suferind de tulburări psihice;
- persoane care iau o medicație care poate avea interacțiuni periculoase cu alcoolul;
- femei gravide sau care intenționează să rămână gravide;
- Sunt ghiduri<sup>13</sup>, care recomandă o atenție sporită pentru bărbații de vârstă medie, ca fiind o grupă de risc la care screeningul are prioritate.



Procedura de screening este parcurgerea unui algoritm ca cel prezentat în continuare, inspirat după modelul recomandat de ghidul din Marea Britanie.<sup>18</sup>

Figura 7 Algoritm pentru evaluarea consumului de alcool (pagina următoare)



### Care este metoda de screening?



Pentru screening-ul privind consumul inadecvat de alcool se recomandă utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT. 1A

Există mai multe metode de screening:

- algoritmi cu întrebări puse de medic (ca în ghidul american<sup>10</sup>);
- întrebări unice;
- chestionare de screening cu sensibilități și specificități diferite.

Cele mai utilizate chestionare sunt:

- AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)<sup>14</sup>
- AUDIT-C (varianta prescurtată a AUDIT)<sup>15</sup>
- CAGE<sup>16</sup>
- FAST (Health Development Agency, 2002).



**Toate ghidurile recenzate recomandă utilizarea Testului AUDIT ca test de screening.**

Screening-ul complet poate fi precedat de utilizarea AUDIT-C (primele 3 întrebări din AUDIT) sau de testul de o singură întrebare "Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice la o singură ocazie?".

## 5.2. TESTUL AUDIT

Este un chestionar cu 10 întrebări, dezvoltat și validat de OMS în 1982. A fost dezvoltat pentru a detecta consumul la risc și nociv, adică nivele de consum mai mici decât cel necesar pentru încadrarea ca dependență, întrucât marea majoritate a consecințelor nocive asupra sănătății apar la cei cu consum riscant sau nociv (55% din totalul populației).<sup>11</sup> AUDIT este însă singurul test care detectează întregul spectru de gravitate al consumului de alcool (inclusiv dependența). Testul permite triajul în funcție de nivelul de risc și formularea de indicații privind intervențiile cele mai potrivite.

Fiecare dintre cele 10 întrebări poate avea un scor de la 0 la 4, iar răspunsurile se agregă într-un scor general. Completarea AUDIT durează 2-3 minute; chestionarul poate fi autocompletat în sala de așteptare (pe hârtie/computer), de către asistenta medicală sau de către medic.

AUDIT are o sensibilitate de 97% și o specificitate de 78% pentru consumul riscant și o sensibilitate de 95% și o specificitate de 85% pentru consumul nociv, când a fost utilizat un prag de 8 sau mai mult (Saunders et al., 1993).<sup>12</sup> Testul a fost validat în țări diferite și în medii diferite (cabinet medicină de familie, cameră de gardă urgență, adulți tineri, spitale de bătrâni, utilizatori de droguri, femei).<sup>12,14</sup>

Cinci recenzii sistematice de bună calitate au comparat diversele teste de screening. AUDIT, AUDIT-C și screening-ul cu o singură întrebare au avut cele mai bune performanțe în detectarea întregului spectru de tulburări ale consumului de alcool la adulți, adulți tineri, femei gravide, fiind astfel recomandate de US Task Preventing Force.<sup>13</sup>

## CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: \_\_\_\_\_ Localitate: \_\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_ F \_\_\_ Vârsta: \_\_\_\_\_ Stare civilă: \_\_\_\_\_ Studii: \_\_\_\_\_  
 Operator chestionar: \_\_\_\_\_ 1 băutura = 12 g alcool pur =



1 bere (330 ml) = 1 pahar vin (125 ml) = 1 tărie (40 ml)

<p><b>1. Cat de des beti o bautura continand alcool?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) 2-4 ori pe luna 2</p> <p>d) 2-3 ori pe saptamana 3</p> <p>e) 4 sau mai multe ori pe saptamana 4</p> <p><b>2. Cate bauturi consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?</b></p> <p>a) Una sau doua 0</p> <p>b) Trei sau patru 1</p> <p>c) Cinci sau sase 2</p> <p>d) Sapte sau noua 3</p> <p>e) Zece sau mai mult 4</p> <p><b>3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi de alcool la o singura ocazie?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) Lunar 2</p> <p>d) Saptamanal 3</p> <p>e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p><b>4. Cat de des ati constatat in ultimul an ca nu puteti sa va opriti din baut o data ce ati inceput?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) Lunar 2</p> <p>d) Saptamanal 3</p> <p>e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p><b>5. Cat de des in ultimul an nu ati reusit sa faceti ceea ce era de asteptat sa faceti din cauza bautului?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) Lunar 2</p> <p>d) Saptamanal 3</p> <p>e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p>	<p><b>6. Cat de des in ultimul an ati avut nevoie sa beti prima bautura de dimineata ca sa va reveniti dupa o betie zdravana?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) Lunar 2</p> <p>d) Saptamanal 3</p> <p>e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p><b>7. Cat de des in ultimul an ati avut un sentiment de remuscare sau de vinovatie dupa ce ati baut?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) Lunar 2</p> <p>d) Saptamanal 3</p> <p>e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p><b>8. Cat de des in ultimul an nu ati putut sa va amintiti ce s-a intamplat in noaptea trecuta din cauza ca ati baut?</b></p> <p>a) Niciodata 0</p> <p>b) Lunar sau mai rar 1</p> <p>c) Lunar 2</p> <p>d) Saptamanal 3</p> <p>e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p><b>9. Dvs. sau altcineva a fost ranit ca rezultat al faptului ca ati fost baut?</b></p> <p>a) Nu 0</p> <p>b) Da, dar nu in ultimul an 2</p> <p>c) Da, in ultimul an 4</p> <p><b>10. O ruda, un prieten, un doctor sau o alta persoana a fost ingrijorata de bautul dvs. sau v-a sfatuit sa-l reduceti?</b></p> <p>a) Nu 0</p> <p>b) Da, dar nu in ultimul an 2</p> <p>c) Da, in ultimul an 4</p>
--	---

**SCOR CHESTIONAR:** \_\_\_\_\_

### Interpretare rezultate:

- Între **0 și 7** porții - Consum nepericulos pentru sănătate;
- Între **8 și 15** porții - Consum riscant;
- Între **16 și 19** porții - Consum nociv;
- Peste **20** de porții - Consum extrem de nociv.

Stabilirea pragului de la care sunt necesare intervenții din partea medicului, comportă discuții în literatură. Nivelul pragului influențează sensibilitatea și specificitatea metodei.

Peste jumătate din ghidurile recenzate (4 din 7) recomandă un scor limită de 8, în general mai mic la femei, tineri, bărbați peste 60 de ani (scor de 4, recomandat de NIAAA).<sup>17</sup> Ghidurile NICE recomandă folosirea opiniei profesionale în fiecare caz pentru stabilirea scorului limită pentru AUDIT, specificând că scăderea sub 8 crește sensibilitatea în defavoarea specificității.<sup>18</sup>

Alte chestionare luate în considerație dar nerecomandate de acest ghid sunt:

- **CAGE** (4 întrebări) - *Sensibilitate (Se)* 84% și *Specificitate (Sp)* 95% în detecția dependenței;
- **FAST** (4 întrebări) – Se 93% și Sp 88% la prag 3, pentru pre-screening (NICE)<sup>18</sup>

### Există o variantă mai scurtă de screening?



**Pentru operativitate, se poate utiliza inițial varianta scurtă (AUDIT C); la valori anormale (peste 4 la bărbați și peste 3 la femei) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral. 2A**

AUDIT-C conține primele 3 întrebări din AUDIT<sup>(8)</sup> și este cea mai recomandată variantă de pre-screening, având o sensibilitate și specificitate satisfăcătoare de apropiată de AUDIT (*Se*-54-98% și o *Sp*-57-93%)<sup>(4)</sup>, dar fiind mai scurt și astfel mai ușor de administrat.

## 5.3. TEST AUDIT-C

### 1. Cat de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte;
- b. lunar sau mai rar - 1 punct;
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte;
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte;
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte.

### 2. Câte băuturi standard\* (US) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți

O băutură standard (US) conține 10g alcool pur, echivalentul unei doze de bere de 330ml, un pahar de vin a 125 ml sau un pahar de tărie de 40 ml.

- a. una sau două - 0 puncte;
- b. trei sau patru - 1 punct;
- c. cinci sau șase - 2 puncte;
- d. șapte sau nouă - 3 puncte;
- e. zece sau mai mult - 4 puncte.

### 3. Cat de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte;
- b. lunar sau mai rar - 1 punct;
- c. lunar - 2 puncte;
- d. săptămânal - 3 puncte;
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte.

În ghidurile recenzate, scorul-prag recomandat pentru AUDIT-C variază între 5 la bărbați și 4 la femei în ghidul european PHEPA<sup>4</sup> și în cel englez NICE<sup>18</sup>, 3 sau 4 în ghidul american USPSTF<sup>13</sup>, 3 sau 4 în ghidul australian SNAP<sup>9</sup>.

Pentru AUDIT-C scorul prag recomandat de acest Ghid este 4 la bărbați și 3 la femei.

#### 4. Care este intervalul de screening?



**Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, se recomandă screening-ul la intervale de 4-5 ani. 2B**

Ghidurile internaționale specifică intervale de timp diferite între două screening-uri la aceeași persoană.

Ghidul australian (SNAP)<sup>9</sup> recomandă o perioadă de 2-4 ani între evaluări, ghidul englez al NHS recomandă controlul tuturor persoanelor între 40-74 de ani minim o dată la fiecare 5 ani.<sup>18</sup>

Deoarece multiple studii privind eficiența intervențiilor scurte au demonstrat menținerea efectelor acestora până la 48 luni<sup>10,12</sup>, ghidul PHEPA<sup>12</sup> recomandă o perioadă de 4 ani între screening-uri.

USPSTF nu a găsit niciun efect advers asociat cu programele de evaluare sistematică a consumului de alcool, în pofida multiplelor bariere percepute: anxietate, discriminare, etichetare, interferare cu relația medic-pacient, creșterea consumului de tutun și alte droguri.<sup>13</sup>

Deoarece în România sunt multe aspecte de recuperat în domeniul reducerii consumului de alcool, este nevoie de eforturi o lungă perioadă de timp pentru ca o mare parte din populație să fie evaluată cel puțin o dată. În primul rând, accentul ar trebui pus pe evaluarea oportunistă, a celor la risc (vezi mai sus), cu ocazia următorului consult!

#### Adolescenții ar trebui evaluați?



**La adolescenții între 15-18 ani se recomandă evaluare oportunistă sau anuală, folosind testul AUDIT; pragul recomandat este 2-3. 2B**

Screening-ul consumului de alcool la adolescenți nu are aceeași susținere în literatură ca cea pentru adulți. Sunt puține studii ample, iar succesul intervențiilor scurte este discutabil.

Problematica consumului de alcool la minori este însă una de foarte mare importanță, datorită gravității nivelului de consum și a consecințelor acestuia asupra sănătății fizice și psihice și a dezvoltării minorilor, în toate aspectele vieții lor.

69,5% din adolescenții din Europa între 15-19 ani au consumat alcool în ultimul an față de 34,1% în populația mondială. Procentul de adolescenți care au avut episoade de consum excesiv este mai mare decât cel din populația generală (11,7% față de 7,5%). În Europa, procentul de persoane între 15-19 ani care au avut episoade de consum excesiv de alcool depășește 30%.<sup>21</sup>

**Consumul de alcool la copii și adolescenți crește riscul** de accidente rutiere, suicid, depresie și chiar deces; determină absenteism școlar și scăderea performanțelor academice, pierderi de memorie; determină comportament violent, distrugeri materiale, probleme sociale și crește probabilitatea comportamentelor sexuale la risc (viol, sex neprotejat) cu creșterea riscului de boli transmisibile sexual, HIV, sarcină.

NIAAA<sup>22</sup> a dezvoltat o metodă de screening dedicată adolescenților: chestionarul CRAFFT cu recomandarea evaluării anuale, mai ales la adolescenții care sunt la risc pentru consum de alcool:

- fumează;
- au afecțiuni care se pot asocia cu consumul de alcool (depresie, anxietate, ADHD, probleme de conduită);

- au afecțiuni somatice care pot fi legate de alcool: accidente, boli cu transmitere sexuală, tulburări gastrointestinale sau dureri cronice;
- arată tulburări de comportament cum ar fi creșterea opoziției, tulburări semnificative de dispoziție, pierderea interesului, schimbări de grup de prieteni, scăderea mediei școlare, absențe multe.

Aceeași instituție susține însă și posibilitatea folosirii chestionarului AUDIT pentru adolescenții cu vârste între 14 și 18 ani; valorile prag recomandate sunt 2 pentru identificarea oricărei probleme legate de consumul de alcool și 3 pentru detecția abuzului și dependenței. (Knight et al., 2003).

Ghidul australian SNAP<sup>9</sup> recomandă utilizarea AUDIT și evaluarea oportunistă a tuturor adolescenților peste 15 ani, cu sfatul ca cei sub 15 ani să nu consume alcool, iar cei peste 15 ani să întârzie sau să scadă cât mai mult consumul. În SUA, recomandările USPSTF lasă profesioniștilor alegerea evaluării adolescenților, negăsind foarte multe studii care să susțină eficiența intervenției scurte la adolescenți. Ghidul NICE<sup>18</sup> consideră că sunt suficiente argumente științifice pentru a face intervenții scurte la tinerii între 16-17 ani cu consum crescut (pe scor AUDIT), dar recomandă o intervenție scurtă extinsă (2-3 ședințe) pentru a fi eficiente.

### Care este scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?

Se consideră screening pozitiv la înregistrarea următoarelor rezultate:

- scor 8 pentru AUDIT la adulți; 2A
- scor 2 pentru AUDIT la tineri; 2B
- scor 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C. 2A

Argumentele privind variațiile de scor se pot citi mai sus ca și motivația recomandării din ghid.

### Cine aplică chestionarul de screening?



**Se recomandă aplicarea chestionarului de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie; chestionarul poate fi și autoadministrat. 2A**

Chestionarul AUDIT a fost validat atât pentru autoadministrare cât și pentru administrarea de către cadrele medicale, inclusiv cele din asistența primară.

### Cum se aplică chestionarul? Când?



**Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și înaintea consultației, oportunist. 2A**

Validitatea testului AUDIT a fost verificată în variate contexte și forme.

Întrebările din AUDIT-C sau AUDIT pot fi integrate într-un chestionar mai amplu privind factorii de risc sau în orice chestionar de sănătate și poate fi administrat în multiple forme, în funcție de resursele de timp și de personal.<sup>(11,12,14,)</sup>

Aplicarea de către asistenta medicală necesită minimum de instruire; autoadministrarea în sala de așteptare, anterior consultului sau acasă oferă avantajul unui confort psihic sporit al pacientului.

USPSTF recomandă ca cel puțin o parte din screening și din intervenția scurtă să utilizeze suport electronic.<sup>13</sup>

Programul electronic asociat ghidului oferă această oportunitate, inclusiv atenționări, suport pentru medici și materiale informative pentru pacienți.

### Cum se folosesc biomarkerii?



**Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru consumul inadecvat de alcool; biomarkerii vor putea fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional. 2B**

În evaluarea și tratamentul tulburărilor induse de alcool, clinicienii au la dispoziție câțiva markeri biologici. Unii dintre ei, cum sunt transaminazele de exemplu, sunt utilizați de mult timp, alții sunt mai noi: etilglucuronidul sau acidul sialic.

Pentru detectarea pacienților cu consum nociv, biomarkerii au caracteristici (*Se și Sp*) inferioare chestionarelor de screening enumerate anterior.<sup>10</sup>

De aceea, nu se folosesc pentru detecția problemelor de consum ci, doar pentru aprecierea efectelor consumului sau pentru monitorizarea rezultatelor intervențiilor:

- La începutul și pe parcursul unui program terapeutic, pentru a stabili un punct de referință obiectiv și pentru măsurarea progresului;
- Anunțul pacientului în legătură cu utilizarea biomarkerilor poate crește valoarea de adevăr din testele AUDIT;
- Biomarkerii pot diferenția persoanele cu un consum recent/masiv și pot indica o eventuală recădere sau menținerea abstenenței;
- Pot fi folosiți cu succes în creșterea motivației;
- În anchete judiciare unde, pe lângă detectarea alcoolemiei/ nivelului de alcool în aer respirat/urina, se poate folosi și etilglucuronid, crescând astfel șansa detectării problemelor judiciare făcute „sub influență”;
- În situații de urgență medicală/chirurgicală, pentru a stabili acele cazuri în care alcoolul poate fi un factor agravant/cauzator al unei urgențe medicale și persoana nu poate sau nu vrea să recunoască nivelul de consum;
- Când există discrepanțe flagrante între ce susține pacientul și afirmațiile unor persoane apropiate.

Markerii sunt fie produși chimici de metabolizare a alcoolului, fie reflectă schimbări produse de alcool la nivelul unor celule, țesuturi sau alte componente. Niciunul nu are o specificitate sau sensibilitate foarte mare, valoarea predictivă crescând însă la combinațiile de biomarkeri. Există mereu cercetări pentru descoperirea unor noi.

**Figura 9. BIOMARKERI**

Marker	Țimp de revenire la normal	Tip de comportament de consum	Comentarii
Gama – glutamil transferaza ( <b>GGT</b> )	2-6 săptămâni de abțință	≈70 unități/săpt. timp de câteva săpt.	Numeroase rezultate fals pozitive
Aspartat amino transferaza ( <b>ASAT</b> )	7 zile, cu variații mari ale declinului post abțință	necunoscut, dar în cantități mari	Numeroase rezultate fals pozitive
Alanin amino transferaza ( <b>ALAT</b> )	necunoscut	necunoscut, dar în cantități mari	Numeroase rezultate fals pozitive. Mai puțin sensibil decât ASAT.
Volumul macrocitar mediu ( <b>MCV</b> )	Necunoscut, dar timpul de înjumătățire ≈ 40 zile	necunoscut, dar în cantități mari	Chiar și în abțință, revine foarte încet la valorile normale
Transferina carbohidrat deficientă ( <b>CDT</b> )	2-4 săptămâni de abțință	+60g/zi, timp de cel puțin 2 săpt.	Rezultate fals pozitive rare. Bun indicator al recăderilor

Detectarea alcoolului în sânge și a metabolitului sau ehilglucuronide au utilizări directe în practica medicală și judiciară.

**Alcolemia** ridicată, coroborată cu aspectele clinice, poate indica nu numai consumul de alcool în ultimele ore ci poate indica, în lipsa unor semne de intoxicație, și toleranță și implicit consum cronic.

**Etilglucuronidul**, un metabolit direct al alcoolului, are o perioadă de înjumătățire mai lungă putând fi detectat în sânge și la 5 zile după un episod de consum crescut.

**5 hidroxitriptofolul** (CDT) este crescut în urină până la 24 de ore, putând fi utilizat ca marker de o zi a consumului de etanol, iar nivelul de **acid sialic** total are o utilizare similară cu CDT. Acești markeri mai noi au o utilizare mai redusă în practică, datorită limitărilor de laborator.

**În concluzie, biomarkerii:**

- Nu au dovedit o valoare predictivă sigură, pozitivă sau negativă (Prelipceanu et al., 2013);
- Sensibilitatea și specificitatea lor sunt mici, în jur de 10-30% (Vrasti R. 2004); pot crește în combinație (de ex., GGT+MCV+CDT);
- Există date care sugerează că pacienții oferă răspunsuri mai aproape de adevăr dacă sunt anunțați dinainte că declarațiile lor vor fi coroborate cu determinări enzimaticice (NIAAA, 2004);
- Ar putea avea o valoare mai mare ca parte a protocolului de intervenție psihoterapeutică, pentru a susține motivația pacientului.

**Care este nivelul de consum nepericulos pentru sănătate la persoanele sănătoase?**



**Sfat minimal: Se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să mențină un consum de alcool în limita a 2 US/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a 1 US/zi. 1A**



Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități standard (US) de alcool.

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați sub 2 US/zi, maxim 14 US/săptămână;
- Femei sub 1 US/zi, maxim 7 US/săptămână;
- Persoane peste 65 ani sub 1 US/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.

### Care este recomandarea pentru femeile gravide?



**Sfat minimal: Se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool. 1A**

Alcoolul s-a dovedit a fi toxic pentru reproducere.<sup>12</sup>

Expunerea prenatală la alcool a fost asociată clar cu *deficiențe mentale* ce devin vizibile târziu în copilărie: capacitate intelectuală scăzută și afectarea achizițiilor academice, deficite în învățarea vorbirii, memorie spațială, judecată, timp de reacție, echilibru și alte abilități cognitive și motorii.

Unele deficite sunt legate de aspecte sociale care devin evidente doar mai târziu, în adolescență și care pot să ducă la probleme psihiatrice.

Majoritatea profesioniștilor asociază consumul de alcool prenatal doar cu *Sindromul alcoolic fetal*, dar, ca și la celelalte efecte asupra sănătății, acest sindrom este doar extrema unor modificări dependente de doză. Chiar și în doze mici, consumul de alcool în sarcină duce la creșterea *riscului de avort spontan, greutate mică la naștere, prematuritate, creștere deficitară și scăderea producției de lapte matern*.

Toate ghidurile au ajuns la un consens legat de nivelul de consum recomandat femeilor însărcinate sau care intenționează să rămână însărcinate și anume abținerea.<sup>9,10,12,13</sup>

### Care este scorul la care se recomandă intervenții scurte la medicul de familie?



**Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).**

Vezi Capitolul de Intervenții scurte (Vol. 7)

### Care este scorul la care se face referirea către tratament specializat în adicții?



**Scorul AUDIT la care se face referirea către tratament de specialitate în adicții, deoarece indică de obicei dependența la alcool, este mai mare sau egal cu 20.**

Un scor peste 20 la testul AUDIT indică cu o probabilitate mare o **tulburare severă indusă de alcool** (dependența de alcool).

După comunicarea rezultatului către pacient, se va întocmi un plan de evaluare completă a sănătății fizice și psihice, cunoscând faptul că toate consecințele negative asupra sănătății sunt dependente de doză. Trebuie făcute eforturi pentru a obține din partea pacientului acordul pentru o evaluare la medicul specialist psihiatru.

La un astfel de scor AUDIT este foarte probabil ca pacientul să prezinte semne de sevraj la încercarea de a stopa sau reduce consumul de alcool.

Este necesar ca medicul de familie să observe și să noteze semnele de sevraj la alcool și să informeze și să sfătuiască pacientul în legătură cu sevrajul la etanol.

**Atenție!!!**  
**SEVRAJUL la ETANOL este o URGENȚĂ MEDICALĂ și PSIHIATRICĂ, iar asistarea lui se face numai sub control și indicație medicală.**  
**Sevrajul la etanol are mai multe grade de severitate, cel sever (asociat în general cu scoruri la AUDIT de peste 30-40) putând duce la convulsii, comă sau chiar deces.**

#### **Simptomele sevrajului etanolic sunt:**

Două (sau mai multe) din aspectele clinice de mai jos, care apar pe parcursul a câteva ore/ zile de la scăderea sau întreruperea consumului de alcool și determină o deteriorare semnificativă în funcționarea socio-profesională. Aceste semne nu trebuie să se datoreze altor cauze medicale, psihice sau intoxicației cu etanol:

- Hiperreactivitatea vegetativă (ex. transpirații sau tahicardie cu puls peste 100);
- Accentuarea tremorului mâinilor;
- Insomnia;
- Grețuri și vărsături;
- Halucinații tranzitorii vizuale, tactile sau auditive sau iluzii;
- Agitație psihomotorie;
- Anxietate;
- Convulsii grand mal.

În prezența unor astfel de semne medicul va recomanda un consult psihiatric de urgență, sau dacă acest lucru nu este posibil, prezentarea la cea mai apropiată Cameră de Gardă de Psihiatrie.

## 5.4. INTERVENȚIILE SCURTE (IS)

### Care este eficacitatea intervențiilor scurte (IS)?

Eficacitatea intervențiilor scurte, la persoanele încadrate la consum riscant sau nociv, este recunoscută de către toate ghidurile recenzate (nivel de recomandare 1A). Intervențiile scurte reduc cantitatea de alcool consumată, dar și consecințele consumului asupra morbidității și mortalității:

- creșterea cu 12% a numărului de persoane având un consum riscant /nociv și care după IS nu au mai avut perioade de consum excesiv timp de 1 an, comparativ cu grupul de control;<sup>6</sup> (Ghid USPSTF)
- o reducere cu 45% a episoadelor de consum excesiv la grupul care a beneficiat de IS față de grupul de control; (SNAP<sup>9</sup>)
- reducerea numărului total de unități de alcool consumate pe săptămână (de la o medie de 23 la aproximativ 19 unități) la grupul IS față de grupul de control (USPSTF13), atât la adulți cât și la bătrâni (de la 16 la 14); o reducere cu 3-9 US/săptămână (reducere netă cu 13-34% a consumului); (NIAAA10)
- creșterea proporției persoanelor care nu mai depășesc limitele recomandate de consum după IS (cu aproximativ 11%, la un an după intervenție);<sup>6</sup>
- numărul de pacienți de tratat (NNT) pentru ca unul din ei să reducă consumul la un nivel de risc scăzut este de 1/8<sup>1</sup>, un număr mult mai mic decât cel estimat pentru fumat (NNT=20);<sup>4</sup>
- IS scade semnificativ TA, nivelurile de GGT, numărul de zile de spitalizare, numărul de zile de spitalizare pentru vătămări legate de alcool, problemele psihosociale.<sup>2</sup> Aceste efecte se mențin până la 48 de luni.<sup>24</sup>

Intervențiile scurte salvează vieți, putând preveni un deces din 3 la consumatorii problematici<sup>12</sup>, fiind nevoie de 282 de IS pentru a salva o viață în fiecare an.

Meta-analize multiple (Moyer, Ballesteros, 4) au dovedit că IS sunt eficiente în măsură similară la femei și la bărbați. De asemenea, funcționează atât la persoane tinere cât și la cei peste 65 de ani.

Trebuie făcute eforturi pentru a reduce consumul femeilor gravide, deși eficiența IS în acest caz nu a fost dovedită.

Eficiența IS este mai mare la un număr mai mare de ședințe, dar diferența nu este omogenă. În general, meta-analizele care au susținut ghidurile internaționale sunt în **consens legat de eficiența unei singure ședințe, cu o durată între 5-20 minute**.<sup>12</sup> IS reduc în mod dovedit mortalitatea și morbiditatea asociate consumului de alcool, un calcul al OMS arătând ca o acoperire cu IS a doar 25% din cei care au nevoie ar duce la salvarea a peste 91 de ani cu dizabilități și moarte prematură/100.000 locuitori, scăzând cu 9% morbiditatea totală legată de alcool. (calculată în ani de dizabilități DALY). IS sunt și extrem de eficiente din punct de vedere economic, având o rată beneficiu/cost de 5,6:1, costul intervențiilor scurte fiind acoperit chiar și doar din efectul pe scăderea daunelor din accidente auto cauzate de alcool (Fleming, 4).

## Detecția precoce a consumului problematic de alcool și intervențiile scurte în practica medicului de familie

Studii internaționale au arătat că între 20 și 30% din pacienții care se prezintă pentru o consultație la cabinetul de medicină de familie au un consum riscant sau nociv de alcool (Funk M et al., 2005).

**Un consum riscant** înseamnă un mod de a consuma alcool care, menținut, pune consumatorul la risc de a dezvolta în viitor probleme somatice și psihologice.

**Un consum nociv** sugerează prezență deja a acestor consecințe (Saunders JB, 2000).

**Intervențiile scurte sunt reprezentate de o discuție care are scopul de a crește nivelul de conștientizare asupra unui comportament riscant și a motiva persoana în cauză să opereze o schimbare pozitivă** (proiect BISTAIRS).

Practic, urmând pașii detectării unui consum problematic de alcool, medicul are ocazia de a realiza *pe loc o IS* (numită din această cauză *oportunistă*) sau de a *programa* pacientul pentru una sau mai multe întâlniri ulterioare detecției (intervenție scurtă *extinsă*).

**Componentele unei intervenții scurte sunt:**

- oferirea de *feedback* asupra rezultatelor evaluărilor clinice și paraclinice;
- inclusiv formularea legăturilor între consumul de alcool și problemele somatice și psihosociale pe care pacientul le experimentează sau le-ar putea experimenta în viitor;
- compararea modului de consum al pacientului, cu normele validate medical - 2 US/zi pentru bărbați, respectiv 1 US/zi pentru femei și bărbați peste 65 de ani;
- Includerea consumului pacientului într-o categorie diagnostică (consum riscant, consum nociv, consum extrem de nociv/dependență);
- discutarea efectelor negative asociate consumului;
- formularea recomandării ferme de „a diminua sau opri consumul de alcool”;
- oferirea de materiale informative scrise (pliante, etc.);
- instruirea cu privire la ținerea unui jurnal al consumului de alcool - jurnal zilnic care include cantitățile de alcool consumate și situațiile în care s-a produs consumul (vezi anexă);
- eventual, mai multe ședințe și posibilitatea unui contact telefonic pentru a se întări efectele intervențiilor.

Elemente de luat în considerație:

- **nu insistați asupra abstenenței**, oferiți pacientului posibilitatea de a alege dacă dorește să reducă sau să oprească uzul de alcool;
- pacienții aflați la începutul problemelor cu alcoolul nu sunt încă în situația de a contempla abstenența și însăși noțiunea de consum problematic de alcool este posibil să le fie străină;
- **sugerați o perioadă determinată de timp** (o săptămână - o lună) în care pacientul să experimenteze noile limite și ținerea jurnalului de consum;
- oferiți **resurse de auto-ajutor** (cărți, pliante, un web site cum este [www.alcoholhelp.ro](http://www.alcoholhelp.ro));
- succesul intervenției este influențat de **calitatea relației medic-pacient**, mențineți un ton profesional, respectuos și empatic (vezi capitolul referitor la intervențiile de creștere a motivației).

Abstenența este recomandată în următoarele situații:

**Medicale:**

- Sarcină;
- Ulcer activ sau gastrită;
- Ciroză hepatică;
- Hepatită acută virală sau alcoolică;
- Pancreatită.

**Atenționări speciale:**

- Diabet;
- Tulburări de coagulare;
- Uz de antidepresive, AINS sau sedative;
- Convulsii.

**Sociale:**

- Probleme grave sociale diverse (de ex., probleme legale, risc de divorț, risc de pierdere a locului de muncă).

**Tipuri de intervenții în consumul problematic de alcool****Tabel 2** Intervenții scurte în funcție de scorul **AUDIT**

Cat.1	Cat. 2	Cat.3	Cat. 4
AUDIT 0-7	AUDIT 8 - 15	AUDIT 16-20	AUDIT > 20
Felicitări Informații, dacă se află aproape de limită	Informații Intervenție scurtă oportunistă (sfat minimal)	Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute)	Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute) sau referire directă către un serviciu specializat

**Sfat minimal - AUDIT 0-7:**

- Felicități pacientul;
- Oferiți informații legate de limitele consumului nepericulos de alcool;
- Oferiți informații legate de efectele consumului de alcool.

**Intervenția scurtă oportunistă – AUDIT 8-15:**

- Intervenție unică, 5-15 minute;
- Aplicată pe loc, în momentul examinării/ aflării situației/ aplicării testului de screening;
- Conține elementele specificate mai sus (vezi și Vol 7 Tipuri de intervenții - descrierea detaliată):

**Intervenția scurtă extinsă – AUDIT 16-20:**

- Anunțați pacientul că aveți calificarea de a aplica un tip de intervenție specifică pentru modificarea comportamentului său identificat deja drept problematic;
- Anunțați că aceasta presupune 4-5 întâlniri de 15-20 de minute la distanță de 1-2 săptămâni;
- Obțineți acordul lui de a participa la toate aceste ședințe;
- Stabiliți o agendă de la început pentru fiecare din cele 4-5 întâlniri.

- Pentru conținutul fiecărei ședințe – vezi Volumul 7

#### **Referirea – AUDIT $\geq$ 20**

- Educați pacientului privind scopul trimiterii.
- Explorați temerile sau ceea ce pacientul își închipuie că se va întâmpla în serviciul de specialitate.
- Evaluați intenția pacientului de a da curs recomandării.
- Asistență (materiale informative, soluții practice, un bilet de trimitere, numele unei persoane de contact).
- Evaluați apoi dacă pacientul a dat curs recomandării!

## CAPITOLUL 6. CONCLUZII

ALCOOLUL reprezintă o gravă problemă de sănătate publică, așa cum reiese din datele epidemiologice.

Alcoolul are efecte negative severe asupra sănătății fizice și psihice, fiind implicat în peste 200 de categorii de boli și reprezentând unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate.

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați maxim 2 US/zi, maxim 14 US/săptămână;
- Femei maxim 1 US /zi, maxim 7 US/săptămână;
- Persoane peste 65 ani maxim 1 US/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.

Toți pacienții adulți (peste 18 ani) ar trebui chestionați privind consumul de alcool. Pacienții vor fi evaluați folosind un chestionarul standardizat AUDIT. Pacienții, în condiții de lipsă de timp sau ca preevaluare, beneficiază de o variantă prescurtată de screening-AUDIT-C.

Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, screening-ul se face la intervale de 4-5 ani. Adolescenții între 15-18 ani beneficiază de evaluare oportunistă sau anuală. Femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide ar trebui să se abțină de la consumul de alcool.

Scorul de screening pozitiv este de 8 pentru AUDIT și 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C. Scorul AUDIT la care se face referirea către tratament de specialitate în adicții, deoarece indică de obicei dependența la alcool, este mai mare sau egal cu 20.

Chestionarul poate fi aplicat de medicul de familie, de asistenta medicală sau poate fi autoadministrat, se poate aplica ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, se aplică înaintea consultației, oportunist. Biomarkerii nu sunt utili în screening dar pot fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.

Intervențiile scurte sunt foarte eficiente în consumul riscant și cel nociv.

Intervențiile scurte sunt măsuri de prevenire a evoluției unui consum periculos de alcool către categorii diagnostice cu gravitate mai mare, precum abuzul și dependența de alcool.

De cele mai multe ori, obiectivul este reducerea cantităților de alcool consumate și/sau a numărului zilelor în care se consumă alcool.

Componentele principale ale unei IS sunt conștientizarea consumului nociv și oferirea unui sfat profesional de a reduce (sau opri în anumite cazuri) consumul de alcool, în cadrul unei relații de înțelegere, non-confruntative cu un profesionist în sănătate care nu formulează judecăți negative față de pacient sau comportamentul de consum.

Intervențiile scurte ar trebui oferite tuturor persoanelor adulte care înregistrează un scor ridicat la detectarea consumului problematic de alcool (prin chestionare cum ar fi AUDIT sau AUDIT-C).

IS sunt dovedite ca eficiente în reducerea cantității de alcool consumate, a numărului consumatorilor problematici de alcool și a mortalității, mai ales în rândul persoanelor cu o severitate moderată a problemelor legate de consumul de alcool (mai puțin pentru cei cu dependență cronică severă).



# ANEXE

## ANEXA 1. CHESTIONARUL AUDIT

### CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: \_\_\_\_\_ Localitate: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_ Varsta: \_\_\_\_\_

Stare civila: \_\_\_\_\_ Studii: \_\_\_\_\_ 1 băutură = 12 g alcool pur

<p>Deoarece consumul de alcool poate afecta sanatatea si poate interfera cu anumite medicamente si tratamente, este important sa va punem cateva intrebari despre consumul dumneavoastra de alcool. Raspunsurile dvs vor ramane confidentiale, de aceea va rugam sa ne raspundeti cat mai exact posibil. Incercati sa raspundeti in termeni de "unitati de alcool", asa cum este explicat in imaginile de mai jos. Cereti lamuriri daca aveti nevoie.</p>	<p>O unitate de alcool inseamna:</p>  <p>125 ml Vin 330 ml Bere 40 ml Tarie</p>	<p>Iata cate unitati de alcool contine fiecare bautura:</p>  <p>0,5 l bere 1 l vin 1 l bere 250 ml vin</p>
<p><b>1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunăr sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> 2-4 ori pe lună</li><li><input type="checkbox"/> 2-3 ori pe săptămână</li><li><input type="checkbox"/> 4 sau mai multe ori pe săptămână</li></ul> <p><b>2. Câte bauturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Una sau doua</li><li><input type="checkbox"/> Trei sau patru</li><li><input type="checkbox"/> Cinci sau șase</li><li><input type="checkbox"/> Șapte sau nouă</li><li><input type="checkbox"/> Zece sau mai mult</li></ul> <p><b>3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunar sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> Lunar</li><li><input type="checkbox"/> Săptămânal</li><li><input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic</li></ul> <p><b>4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunar sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> Lunar</li><li><input type="checkbox"/> Săptămânal</li><li><input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic</li></ul> <p><b>5. Cât de des, în ultimul an, nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat din cauza băutului?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunar sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> Lunar</li><li><input type="checkbox"/> Săptămânal</li><li><input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic</li></ul>	<p><b>6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață că să vă reveniți după o beție zdravănă?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunar sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> Lunar</li><li><input type="checkbox"/> Săptămânal</li><li><input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic</li></ul> <p><b>7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovație după ce ați băut?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunar sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> Lunar</li><li><input type="checkbox"/> Săptămânal</li><li><input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic</li></ul> <p><b>8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Niciodată</li><li><input type="checkbox"/> Lunar sau mai rar</li><li><input type="checkbox"/> Lunar</li><li><input type="checkbox"/> Săptămânal</li><li><input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic</li></ul> <p><b>9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nu</li><li><input type="checkbox"/> Da, dar nu în ultimul an</li><li><input type="checkbox"/> Da, în ultimul an</li></ul> <p><b>10. O rudă, un prieten, un doctor sau o alta persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nu</li><li><input type="checkbox"/> Da, dar nu în ultimul an</li><li><input type="checkbox"/> Da, în ultimul an</li></ul>	

SCOR CHESTIONAR: \_\_\_\_\_

REZULTAT AUDIT: 0-7 Consum nepericulos pentru sanatate; 8-15 Consum riscant; 16-19 Consum nociv;  
> 20 Consum extrem de nociv

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"



## ANEXA 2. CHESTIONARUL AUDIT - SCORURI

### CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: \_\_\_\_\_ Localitate: \_\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_ F \_\_\_ Varsta: \_\_\_\_\_ Stare civila: \_\_\_\_\_  
Studii: \_\_\_\_\_ Operator chestionar: \_\_\_\_\_ 1 bautura = 12 g alcool pur =

1 bere (330 ml)  = 1 pahar vin (125 ml)  = 1 tarie (40 ml) 

<p><b>1. Cat de des beti o bautura continand alcool?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1. Niciodata 0</li><li>2. Lunar sau mai rar 1</li><li>3. 2-4 ori pe luna 2</li><li>4. 2-3 ori pe saptamana 3</li><li>5. 4 sau mai multe ori pe saptamana 4</li></ul> <p><b>2. Cate bauturi consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Una sau doua 0</li><li>b. Trei sau patru 1</li><li>c. Cinci sau sase 2</li><li>d. Sapte sau noua 3</li><li>e. Zece sau mai mult 4</li></ul> <p><b>3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi de alcool la o singura ocazie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Niciodata 0</li><li>b. Lunar sau mai rar 1</li><li>c. Lunar 2</li><li>d. Saptamanal 3</li><li>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</li></ul> <p><b>4. Cat de des ati constatat in ultimul an ca nu puteti sa va opriti din baut o data ce ati inceput?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Niciodata 0</li><li>b. Lunar sau mai rar 1</li><li>c. Lunar 2</li><li>d. Saptamanal 3</li><li>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</li></ul> <p><b>5. Cat de des in ultimul an nu ati reusit sa faceti ceea ce era de asteptat sa faceti din cauza bautului?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Niciodata 0</li><li>b. Lunar sau mai rar 1</li><li>c. Lunar 2</li><li>d. Saptamanal 3</li><li>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</li></ul>	<p><b>6. Cat de des in ultimul an ati avut nevoie sa beti prima bautura de dimineata ca sa va reveniti dupa o betie zdravana?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Niciodata 0</li><li>b. Lunar sau mai rar 1</li><li>c. Lunar 2</li><li>d. Saptamanal 3</li><li>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</li></ul> <p><b>7. Cat de des in ultimul an ati avut un sentiment de remuscare sau de vinovatie dupa ce ati baut?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Niciodata 0</li><li>b. Lunar sau mai rar 1</li><li>c. Lunar 2</li><li>d. Saptamanal 3</li><li>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</li></ul> <p><b>8. Cat de des in ultimul an nu ati putut sa va amintiti ce s-a intamplat in noaptea trecuta din cauza ca ati baut?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Niciodata 0</li><li>b. Lunar sau mai rar 1</li><li>c. Lunar 2</li><li>d. Saptamanal 3</li><li>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</li></ul> <p><b>9. Dvs. sau altcineva a fost ranit ca rezultat al faptului ca ati fost baut?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Nu 0</li><li>b. Da, dar nu in ultimul an 2</li><li>c. Da, in ultimul an 4</li></ul> <p><b>10. O ruda, un prieten, un doctor sau o alta persoana a fost ingrijorata de bautul dvs. sau v-a sfatuit sa-l reduceti?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Nu 0</li><li>b. Da, dar nu in ultimul an 2</li><li>c. Da, in ultimul an 4</li></ul>
---	--

## ANEXA 3. FIȘA PACIENT CU SCOR 1-7

**FELICITARI!** Rezultatul dvs. este între 0 și 7.

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE ÎN LIMITELE RECOMANDATE, FĂRĂ RISCURI PENTRU SĂNĂTATE.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

**Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână**  
**Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână**  
**Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi**  
**Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere**  
**GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU**  
**CONSUMĂ ALCOOL**

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



Consumul problematic de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

**Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate !!!**

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN ODATĂ LA 4 ANI !

### MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. <b>Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente.</b> Alcoolul determina atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Dacă consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați (ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI) riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

### RISC CRESCUT LA FEMEI

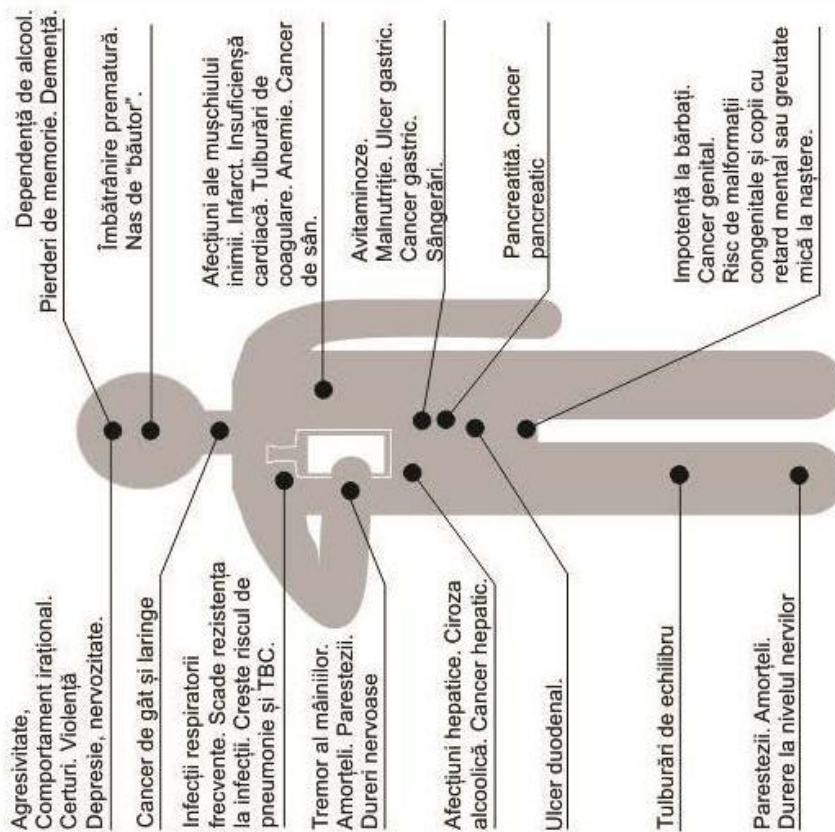
#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 130 %
CIROZA	- 130 %
PANCREATITA	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER DE SAN	- 110 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 60 %
AVORT SPONTAN	- 120 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 100 %
PREMATURITATE	- 90 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 100 %

### RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 120 %
CIROZA	- 130 %
PANCREATITA	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER ESOFAGIAN	- 180 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 130 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 100 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 100 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

## ANEXA 4. FIȘA PACIENT CU SCOR 8-15

### ATENȚIE!

### CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND RISCANT PENTRU SĂNĂTATE (8-15).

Discutați cu medicul de familie despre ce probleme psihologice sau de sănătate pot fi agravate sau la risc din cauza consumului de alcool și cum puteți face să îl scădeți.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

**Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână**  
**Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână**  
**Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi**  
**Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere**  
**GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL**

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



#### RETINETI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

**Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!**

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN ODATĂ LA 4 ANI !

### MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. <b>Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente.</b> Alcoolul determină atrofia cerebrală și demența.
Eu nu beau țarie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Dacă consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați  
(ADICĂ DUBLU FĂȚĂ DE RECOMANDĂRI )  
riscul pentru următoarele boli CREȘTE FĂȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

### RISC CRESCUT LA FEMEI

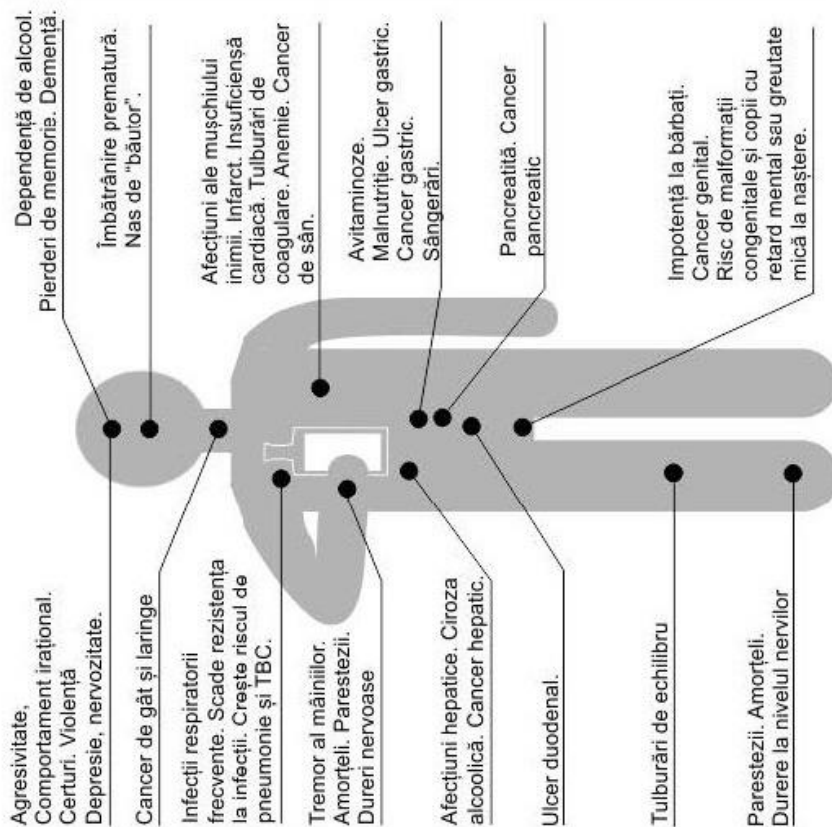
#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 950 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70 %
AVCRT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %

### RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 910 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

## ANEXA 5. FIȘA PACIENT CU SCOR 16-19

### ATENȚIE!

### CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (16-19).

VERIFICAȚI-VĂ SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI PSIHICĂ PENTRU A AFLA ȘI TRATA AFECȚIUNILE DETERMINATE SAU AGRAVATE DE ALCOOL.

#### RETINETI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

**Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!**

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

**Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână**  
**Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână**  
**Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi**  
**Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere**  
**GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL**

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



Verificați afecțiunile din lista de mai jos și faceți o nouă programare în max. 1-2 săpt.!

### MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. <b>Alcoolul omorâra prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente.</b> Alcoolul determina atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

## EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

### RISC CRESCUT LA FEMEI

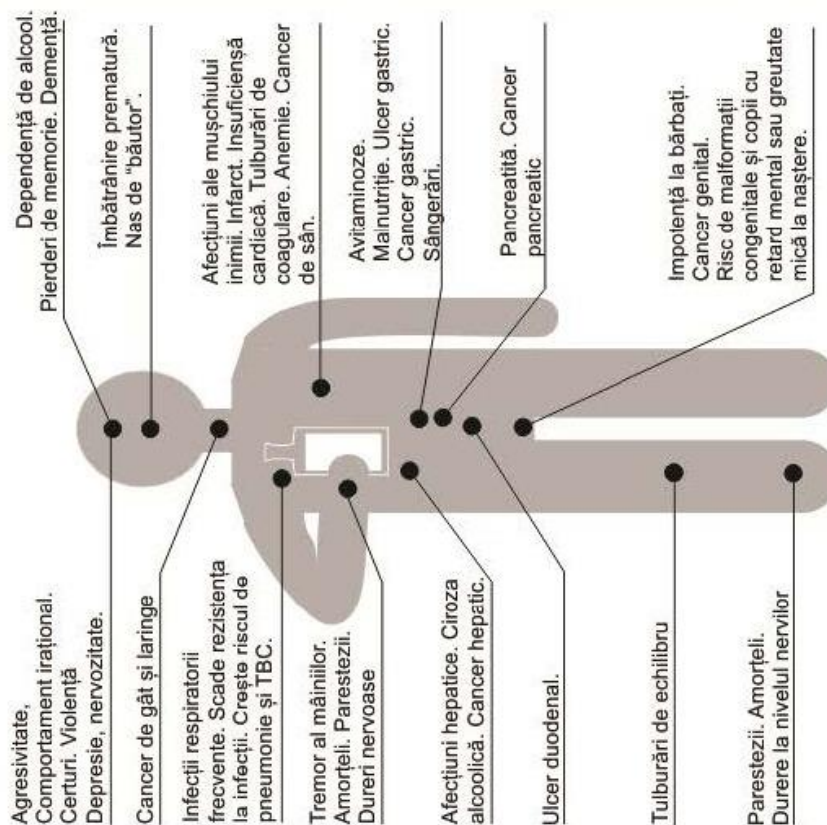
#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 950 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %

### RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 910 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

## ANEXA 6. FIȘA PACIENT CU SCOR PESTE 20

### ATENȚIE!

### CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND EXTREM DE NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (20).

**Cel mai probabil există deja tulburări fizice și psihice determinate de alcool (inclusiv dependența de alcool).**

Verificați URGENT toate afecțiunile incluse în lista de mai jos ÎMPREUNĂ CU MEDICUL DE FAMILIE !  
ESTE FOARTE PROBABIL SĂ FIE NEVOIE DE MULTIPLE ANALIZE ȘI ALTE EXAMENE LA MEDICI SPECIALIȘTI (medicină internă, gastroenterologie, cardiologie și psihiatrie) și controale repetate. Tulburările induse de alcool NU sunt un viciu, o slăbiciune sau o rușine, ci afecțiuni psihice TRATABILE în clinici specializate în adicții.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

**Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână**

**Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână**

**Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi**

**Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere**

**GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL**

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



**APELAȚI LA AJUTOR SPECIALIZAT!**

### MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. <b>Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente.</b> Alcoolul determina atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.



## EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

### RISC CRESCUT LA FEMEI

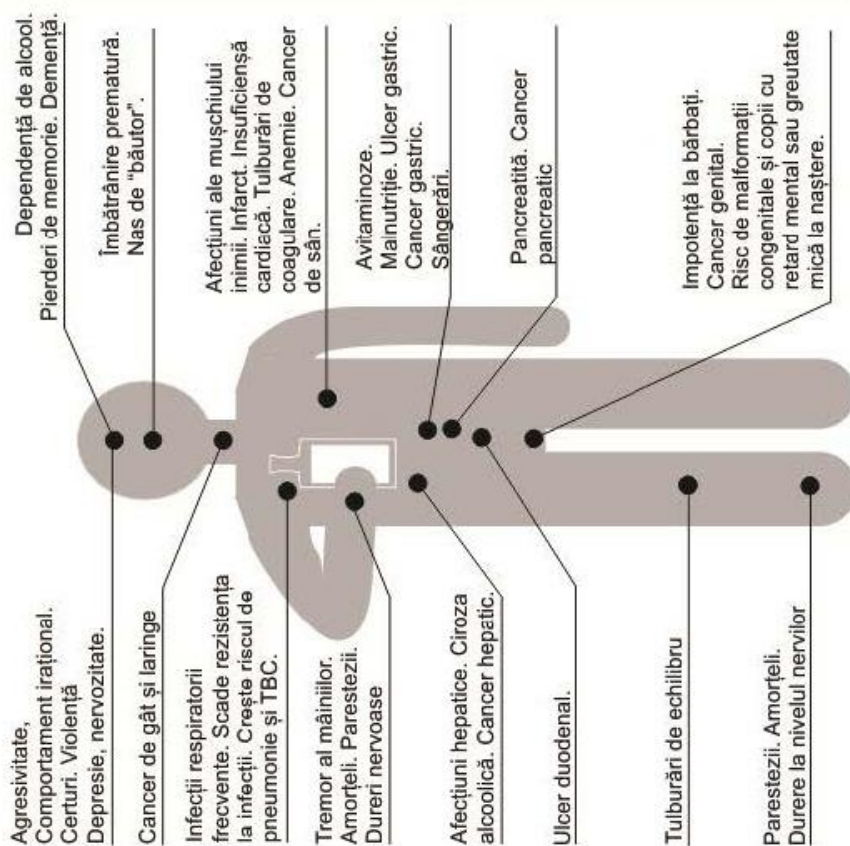
#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 1300 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 110 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIocardic	- 110 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 800 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	- 170 %

### RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

#### PENTRU:

EPILEPSIE	- 680 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 1300 %
PANCREATITA	- 320%
DIABETUL ZAHARAT	- 70 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER ESOFAGIAN	- 440 %
HIPERTENSIUNE	- 410 %
INFARCT MIocardic	- 100 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 240 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	- 170 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

## ANEXA 7. JURNALUL SĂPTĂMÂNAL AL CONSUMULUI DE ALCOOL

### JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	Ziua 5	Ziua 6	Ziua 7
<b>Canțitatea băută:</b> • bere • vin • spirtoase							
<b>Locul consumului:</b> • acasa • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele							
<b>Dorița de a bea:</b> • mare • medie • mică							
<b>Motivul (descrie):</b>							
<b>Sentimentul după băut:</b> • veselle • tristețe • remușcare • indiferență • altele							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

## JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 8	Ziua 9	Ziua 10	Ziua 11	Ziua 12	Ziua 13	Ziua 14
<b>Canțitatea băută:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bere</li> <li>• vin</li> <li>• spirtoase</li> </ul>							
<b>Locul consumului:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• acasa</li> <li>• acasă la alții</li> <li>• restaurant, bar</li> <li>• locul de muncă</li> <li>• altele</li> </ul>							
<b>Doriința de a bea:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mare</li> <li>• medie</li> <li>• mică</li> </ul>							
<b>Motivul (descrie):</b>							
<b>Sentimentul după băut:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• veselle</li> <li>• tristețe</li> <li>• remușcare</li> <li>• indiferență</li> <li>• altele</li> </ul>							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare

*Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016*



## ANEXA 8. JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC

### JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC

Obiectivul meu este:

- Consum zero (abținerență)
- Consum diminuat: maxim \_\_\_\_\_ unități / săptămână
- Încă nu am un obiectiv de schimbare

Ziua, ora	Situația de risc	Ce am făcut	Ce altceva aș fi putut să fac/ aș putea face

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

## ANEXA 9. PLANUL PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

### FIȘA PLANULUI PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Aici vei completa acele lucruri pe care le poți face în caz de urgență. Urgență se referă la orice situație care îți pune în mare pericol obiectivul de schimbare pe care ți l-ai propus. Tot urgență este o situație în care ai avut un accident și ai început să consumi peste obiectivul tău.

#### Exemple de lucruri pe care le poți face în aceste situații:

- OPREȘTE-te din ceea ce faci, privește în jur, PĂSTREAZĂ-ȚI CALMUL!
- Lasă să treacă gândurile de genul „Dacă tot am început, hai să merg până la capăt; Oricum, nu mai contează!”.

#### În caz de urgență

#### EFORTURILE TALE DE PÂNĂ ACUM ÎNSEAMNĂ MULT!

- Reamintește-ți **OBIECTIVUL!**
- Recitește **BALANȚA DECIZIONALĂ!**
- **VARȘĂ** băutura / **ARUNCĂ** substanța!
- **PĂRĂSEȘTE** scena, ieși la o plimbare!
- Implică-te într-o altă **ACTIVITATE** satisfăcătoare!
- Fă un exercițiu scurt de **RELAXARE!**
- **CERE AJUTOR.** Sună un prieten, o rudă sau terapeutul!

Fac următoarele: \_\_\_\_\_

Un gând care mă poate ajuta: \_\_\_\_\_

Pe cine contactez: \_\_\_\_\_

**Completează propriul tău plan de urgență. Îl poți decupa și purta în portofel, pentru a avea acces la el oricând!**

## ANEXA 10. BALANȚA DECIZIONALĂ

### BALANȚA DECIZIONALĂ

<b>Beneficii pe termen scurt</b>	<b>Efecte adverse pe termen scurt</b>
<b>Beneficii pe termen lung</b>	<b>Efecte adverse pe termen lung</b>

*Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016*

## ANEXA 11. SUMAR RECOMANDĂRI PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL

### Recomandări privind consumul de alcool

	<b>Se recomandă:</b>	<b>Grade</b>
1	Efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani.	1A
2	Utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT, luând ca prag scorul 8.	2A
3	Se poate utiliza AUDIT-C ca pre-screening); la valori anormale (>4 la B, > 3 la F) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral.	2A
4	Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, screeningul se va face la intervale de 4-5 ani.	2B
5	Evaluare oportunistă sau anuală, folosind testul AUDIT, la adolescenții între 15-18 ani luând ca prag scorul 2-3.	2B
6	Chestionarul AUDIT se aplică de către AM instruită sau de către medicul de familie; poate fi și autoadministrat.	2A
7	<b>NU</b> se recomandă utilizarea analizelor de laborator pt. screening, doar pt. evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.	2B
8	Sfat minimal: menținerea unui consum în limita a <2 u/zi la bărbați și <1 u/zi la femei și bărbați peste 65 de ani.	1A
9	Sfat minimal: femeile gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool.	1A
10	Intervenții scurte pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).	1A
11	Trimitere către tratament de specialitate în adicții pentru persoanele cu scor AUDIT $\geq 20$ (indicând de obicei dependența de alcool)	

# BIBLIOGRAFIE

1. White, Ian R., Dan R. Altmann, and Kiran Nanchahal. "Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages." *Bmj* 325.7357 (2002): 191.
2. Rehm, Jürgen. "The risks associated with alcohol use and alcoholism." *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 34.2 (2011): 135.
3. International Agency for Research on Cancer, and IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. Vol. 85. IARC, 2004.
4. Bagnardi, Vincenzo, et al. "Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis." *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 25.4 (2000): 263-270.
5. Bagnardi, V., et al. "A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk." *British journal of cancer* 85.11 (2001): 1700.
6. Rehm, Jürgen, et al. "Alcohol-related morbidity and mortality." *Alcohol Res. Health* 140 (2003): C00-C97.
7. Unit, Strategy. "Strategy unit alcohol harm reduction project: Interim analytical report." London: Strategy Unit 3003 (2003).
8. Rehm, Jürgen, et al. "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders." *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
9. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice, 2nd edn. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners 2015.
10. US Department of Health and Human Services. "Helping patients who drink too much: a clinician's guide." National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIH Publication 07-3769 (2005).
11. Babor, Thomas F., and John C. Higgins-Biddle. "Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care." (2001).
12. Anderson, Peter, Antoni Gual, and Joan Colom. *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Health Department of the Government of Catalonia, 2005.
13. Mayer, Virginia A. "Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: US Preventive Services Task Force recommendation statement." *Annals of internal medicine* 159.3 (2013): 210-218.
14. Bohn, Michael J., Thomas F. Babor, and Henry R. Kranzler. "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 56.4 (1995): 423.
15. Bush, Kristen, et al. "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking." *Archives of internal medicine* 158.16 (1998): 1789-1795.
16. Mayfield, Demmie, Gail McLeod, and Patricia Hall. "The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument." *The American journal of psychiatry* (1974).
17. Friedmann, Peter D., et al. "Validation of the screening strategy in the NIAAA "Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems"." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 62.2 (2001): 234.
18. National Institute for Clinical Excellence. "Alcohol-use disorders: Preventing harmful drinking." London: NICE (2010).
19. College of Family Physicians of Canada. *Alcohol Risk Assessment and Intervention (ARAI): Resource Manual for Family Physicians*. Mississauga, Ont.: College of Family Physicians of Canada, 1994.
20. Hodgson, Ray, et al. "The fast alcohol screening test." *Alcohol and alcoholism* 37.1 (2002): 61-66.
21. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization, 2014.
22. American Academy of Pediatrics, United States of America, and US Dept of Health and Human Services.



- "Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth." (2011).
23. Bilban, Marjan, Sonja Vrhovec, and M. Z. Karlovsek. "Blood biomarkers of alcohol abuse." *Arhiv za Higijenu Rada I Toksikologiju/Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 54.4 (2003): 253-259.
  24. Fleming, Michael F. "Screening and brief intervention in primary care settings." *Alcohol Research and Health* 28.2 (2004).
  25. Anderson, Peter, Antoni Gual, and Joan Colom. *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Health Department of the Government of Catalonia, 2005.
  26. Funk, Michelle, et al. "A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study." *Journal of studies on alcohol* 66.3 (2005): 379-388.
  27. Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry* 2000;41:95-103.
  28. Wilson G, Lock C, Heather N, et al. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England ten years on. *Alcohol* 2011;46:570-7.
  29. O'Donnell A , Anderson P , Newbury-Birch D et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism* 2014; 49:66-78
  30. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92
  31. Ballesteros JA, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcohol, Clin Exp Res* 2004;28:608-18
  32. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986-95.
  33. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
  34. Kaner E, Beyer F, Dickinson H, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
  35. Miller WR, Wilbourne PL (2002), Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders, *Addiction* 97, 265-277
  36. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:631-40
  37. Vermeulen, E., et al. "Medical Education in Substance Use Management. A manual for medical students." (2005).
  38. Schmidt, Christiane Sybille, et al. "Brief Alcohol Interventions in Social Service and Criminal Justice Settings: A Critical Commentary." *British Journal of Social Work* (2014): bcu100.
  39. Jenkins RJ, McAlaney J, McCambridge J. Change over time in alcohol consumption in control groups in brief intervention studies: systematic review and meta-regression study. *Drug Alcohol Depend* 2009;100:107-14
  40. McCambridge, Jim, and Kypros Kypri. "Can simply answering research questions change behaviour? Systematic review and meta analyses of brief alcohol intervention trials." *PLoS One* 6.10 (2011): e23748.
  41. Jonas D, Garbutt J, Brown J, et al. *Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
  42. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
  43. Kaner E, Beyer F, Dickinson H, et al. *Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations*. London: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2007
  44. Shand, Fiona, et al. "Treatment of Alcohol Problems." NDARC: Commonwealth Dept of Health. Australia (2003).
  45. Berglund M (2005), A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study, *Addiction*, 100, 742-750

46. Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S, Ojehagen A (2003), Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review, *Alcoholism: clinical and experimental research*, 27:10, 1645-1656
47. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L (2004), The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis, *Addiction*, 99, 839-845
48. Hulse G, Tait RJ (2003), Five-year outcomes of brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders, *Addiction*, 98, 1061-1068
49. Shakeshaft AP, Bowman JA, Burrows S, Doran CM, Sanson-Fisher RW (2002), Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial, *Addiction*, 97, 1449-1463
50. Prelipceanu D, Victor V (ed.) (2004), *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive*, Infomedica, București
51. Rosenblum A, Foote J, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31(1):35-58.
52. Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):728-33.
53. Hriscu, Eugen, and Magdalena Ioan. *Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe: ghid practic pentru profesioniștii din domeniul sănătății*. Infomedica, 2004.
54. White, Ian R., Dan R. Altmann, and Kiran Nanchahal. "Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages." *Bmj* 325.7357 (2002): 191.
55. Rehm, Jürgen, et al. "Alcohol-related morbidity and mortality." *Alcohol Res. Health* 140 (2003): C00-C97.
56. Bagnardi, V., et al. "A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk." *British journal of cancer* 85.11 (2001): 1700.
57. Anton, Raymond F., et al. "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial." *Jama* 295.17 (2006): 2003-2017.
58. Saunders, John B., et al. "Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II." *ADDICTION-ABINGDON- 88* (1993): 791-791.
59. Reinert, Duane F., and John P. Allen. "The alcohol use disorders identification test: an update of research findings." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31.2 (2007): 185-199.
60. Humphreys, Keith, and Jalie A. Tucker. "Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems." *Addiction* 97.2 (2002): 126-132.
61. Stokowski, L. A. "No Amount of Alcohol IS Safe." *Medscape News* (2014).
62. Webb, Martin. "The Alcohol Effects campaign, February 2010." (2010).
63. Peterson, Karen. "Biomarkers for alcohol use and abuse-a summary." *Alcohol Research and Health* 28.1 (2004): 30.
64. Warren, Lyness. "Carboxymethylated derivatives of diand tri-saccharide compounds and detergent compositions containing them." U.S. Patent No. 3,634,392. 11 Jan. 1972.
65. Niemelä, Onni. "Biomarkers în alcoholism." *Clinica Chimica Acta* 377.1 (2007): 39-49.
66. *The Role of Biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders, 2012 Revision*, Onni Niemelä
67. Bilban, Marjan, Sonja Vrhovec, and M. Z. Karlovsek. "Blood biomarkers of alcohol abuse." *Arhiv za Higijenu Rada I Toksikologiju/Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 54.4 (2003): 253-259.
68. Saunders, John B., et al. "Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II." *ADDICTION-ABINGDON- 88* (1993): 791-791.
69. Miller, Brenda A., et al. "Assessment of club patrons' alcohol and drug use: the use of biological markers." *American journal of preventive medicine* 45.5 (2013): 637-643.
70. Schwan, Raymund, et al. "The use of biological laboratory markers in the diagnosis of alcohol misuse: an evidence-based approach." *Drug and alcohol dependence* 74.3 (2004): 273-279.
71. Paul, Richard, et al. "Do drug users use less alcohol than non-drug users? A comparison of ethyl glucuronide concentrations in hair between the two groups in medico-legal cases." *Forensic science internațional* 176.1 (2008): 82-86.
72. Paling, E. P., and L. Mostert. "[Carbohydrate deficient transferrin and ethyl glucuronide: markers for alcohol use]." *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 157.23 (2012): A5713-A5713.

73. Helander, A. Biological markers în alcoholism. Springer Vienna, 2003.
74. Cylwik, B., L. Chrostek, and M. Szmikowski. "[Sialic acid as a new marker of excessive alcohol consumption]." *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego* 16.96 (2004): 581-584.
75. Paul, Richard, et al. "Do drug users use less alcohol than non-drug users? A comparison of ethyl glucuronide concentrations in hair between the two groups in medico-legal cases." *Forensic science internațional* 176.1 (2008): 82-86.
76. Littner, Yoav, and Cynthia F. Bearer. "Detection of alcohol consumption during pregnancy - Current and future biomarkers." *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31.2 (2007): 261-269.
77. De Backer, Guy, et al. "European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts)." *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 10.1 suppl (2003): S1-S78.
78. Național Collaborating Centre for Mental Health (UK). "Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care." *British Psychological Society*, 2004.
79. Materiale realizate de CNSMF după Combined course on growth assessment and IYCF counselling. Geneva, WHO, 2012 pentru programul educațional: "Abilități extinse în managementul problemelor de nutriție și dezvoltare a sugarului și copilului mic de către echipa de asistentă primară", derulat de World Vision România în Jud. Dolj și Vâlcea (2013-2014)
80. World Health Organization, and UNICEF. Global strategy for infant and young child eeding. World Health Organization, 2003.
81. Robinson, James C. "From managed care to consumer health insurance: The fall and rise of Aetna." *Health Affairs* 23.2 (2004): 43-55.
82. Hamon, Martial, et al. "Consensus document on the radial approach in percutaneous cardiovascular interventions: position paper by the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions and Working Groups on Acute Cardiac Care and Thrombosis of the European Society of Cardiology." *EuroIntervention* 8.11 (2013): 1242-1251.
83. Miller, Graeme C., et al. General practice activity in Australia 2001-02. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2002.
84. Peterson, Karen. "Biomarkers for alcohol use and abuse-a summary." *Alcohol Research and Health* 28.1 (2004): 30.
85. Hesselbrock, Michie N., Roger E. Meyer, and Janet J. Keener. "Psychopathology in hospitalized alcoholics." *Archives of general Psychiatry* 42.11 (1985): 1050-1055.
86. Warren Thompson, MD, FACP IS a member of the following medical societies: Alpha Omega Alpha, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, American Heart Association, Phi Beta Kappa
87. Niemelä, Onni. "Biomarkers în alcoholism." *Clinica Chemică Acta* 377.1 (2007): 39-49.
88. Center for Substance Abuse Treatment. "The role of biomarkers in the treatment of alcohol use disorders." *Substance Abuse Treatment Advisory* 5.4 (2006): 1-7.
89. Bilban, Marjan, Sonja Vrhovec, and M. Z. Karlovsek. "Blood biomarkers of alcohol abuse." *Arhiv za Higijenu Rada I Toksikologiju/Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 54.4 (2003): 253-259.
90. Wechsler, Henry, et al. "Trends în college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993–2001." *Journal of American college health* 50.5 (2002): 203-217.
91. Wechsler, Henry, et al. "Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993–2001." *Journal of American college health* 50.5 (2002): 203-217. Rimm, Eric B., et al. "Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men." *The Lancet* 338.8765 (1991): 464-468.
92. Corrao, Giovanni, et al. "Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis." *Addiction* 94.10 (1999): 1551-1573.
93. Studiul ALIAT derulat în 2011 privind discrepanța între cererea și oferta de servicii <http://www.aliatong.ro/news/comunicat-studiu>
94. Rehm, Jürgen, et al. "The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of

- disease: an overview." *Addiction* 105.5 (2010): 817-843.
95. Baliunas, Dolly O., et al. "Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis." *Diabetes care* 32.11 (2009): 2123-2132.
  96. Moyer, Anne, et al. "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations." *Addiction* 97.3 (2002): 279-292.
  97. O'Donnell, Amy, et al. "The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews." *Alcohol and alcoholism* 49.1 (2014): 66-78.
  98. Moher, David, et al. "Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement." *Annals of internal medicine* 151.4 (2009): 264-269.
  99. O'Donnell, Amy, et al. "The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews." *Alcohol and alcoholism* 49.1 (2014): 66-78.
  100. Alcohol Alcohol. 2014;49(1):66-78.
  101. Fleming, Michael F. "Screening and brief intervention in primary care settings." *Alcohol Research and Health* 28.2 (2004): 57.
  102. How effective are BIs in Primary Care settings vs usual GPs care to reduce the frequency of hazardous drinkers? Ballesteros J et al., *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:608-18
  103. Poikolainen, Kari. "Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis." *Preventive medicine* 28.5 (1999): 503-509.
  104. ANDERSON, P., GUAL, A. and COLOM, J. (2005) Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona, Department of Health of the Government of Catalonia.
  105. Lesser, Janna, and Manuel Angel Oscós-Sánchez. "Community-academic research partnerships with vulnerable populations." *Annual Review of Nursing Research* 25.1 (2007): 317-337.
  106. New Drug and Alcohol Prevention Program Proven Successful in Helping Parents Talk with Their Kids, CASSIE GOLDBERG, September 13th, 2011.
  107. Doll, Richard. "The benefit of alcohol in moderation." *Drug and Alcohol Review* 17.4 (1998): 353-363.
  108. GROUP, PROJECT MATCH RESEARCH. "Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH." *Journal of Mental Health* 7.6 (1998): 589-602.
  109. US Preventive Services Task Force, and US Preventive Services Task Force. "USPSTF A and B recommendations." (2010).
  110. Cherpitel CJ, Ye Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Oct 1. 97(3):226-30.
  111. Moodie, Rob, et al. "Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries." *The Lancet* 381.9867 (2013): 670-679.
  112. Dawson, Deborah A., et al. "Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders." *Drug and alcohol dependence* 126.3 (2012): 384-388.
  113. Saunders, John B., et al. "Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II." *ADDICTION-ABINGDON* 88 (1993): 791-791.
  114. Bush, Kristen, et al. "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking." *Archives of internal medicine* 158.16 (1998): 1789-1795.
  115. Bradley, Katharine A., et al. "AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31.7 (2007): 1208-1217.
  116. Gache, Pascal, et al. "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version." *Alcoholism: Clinical and experimental research* 29.11 (2005): 2001-2007.
  117. Dawson DA, Smith SM, Saha TD, et al; Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Dec 1;126(3):384-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.05.029. Epub 2012 Jun 22.
  118. Babor, Thomas F., and John C. Higgins-Biddle. "Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health." *Addiction* 95.5 (2000): 677-686.

119. Humeniuk, Rachel, et al. "Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST)." *Addiction* 103.6 (2008): 1039-1047.
120. Peltzer, Karl, Phillip Seoka, and Teresa-Ann Mashego. "Prevalence of alcohol use in a rural south african community 1." *Psychological reports* 95.2 (2004): 705-706.
121. Mileniul III, Mihaela DUPLEAC-TERRA, and Ecolog Claudia JIANU-TERRA Mileniul III. "Studiu pregătitor privind implementarea registrului național de gaze cu efect de seră în românia." (2003)
122. Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.
123. Fervers, B., et al. "Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation." *BMJ quality & safety* (2011): qshc-2010.
124. Babor, Thomas F., E. Bruce Ritson, and Ray J. Hodgson. "Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies." *Br J Addict* 81.1 (1986): 23-46.
125. Saunders, John B., and Nicole K. Lee. "Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management." *Comprehensive psychiatry* 41.2 (2000): 95-103.
126. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. WHO Publication No. 92.4. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 1992. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use în primary health care.
127. Reid, M. Carrington, David A. Fiellin, and Patrick G. O'Connor. "Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care." *Archives of Internal Medicine* 159.15 (1999): 1681-1689.
128. O'Connor PG, Schottenfeld RS. Patients with alcohol problems. *N Engl J Med.* 1998;338:592–602
129. Reid, M. Carrington, David A. Fiellin, and Patrick G. O'Connor. "Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care." *Archives of Internal Medicine* 159.15 (1999): 1681-1689.
130. Network, Scottish Intercollegiate Guideline. "The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care." Edinburgh: SIGN (2003).
131. Williams, Geoffrey C., et al. "Reducing the health risks of diabetes how self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life." *The Diabetes Educator* 35.3 (2009): 484-492.
132. Rehm, Jürgen, et al. "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders." *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
133. Bobak, Martin, et al. "Contribution of drinking patterns to differences în rates of alcohol related problems between three urban populations." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58.3 (2004): 238-242.
134. M Bobak<sup>1</sup>, R Room<sup>2</sup>, H Pikhart<sup>1</sup>, R Kubinova<sup>3</sup>, S Malyutina<sup>4</sup>, A Pajak<sup>5</sup>, S Kurilovitch, R Topor<sup>5</sup>, Y Nikitin<sup>4</sup>, M Marmot<sup>1</sup>, *J Epidemiol Community Health* 2004;58:238-242 doi:10.1136/jech.2003.011825
135. Rehm, Jürgen, et al. "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders." *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
136. Rehm, Jürgen. "The risks associated with alcohol use and alcoholism." *Alcohol research & health: the journal of the Național Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 34.2 (2011): 135.
137. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
138. Kessler, Ronald C., et al. "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of general psychiatry* 62.6 (2005): 617-627.
139. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality: recommendations. Vol. 1. World Health Organization, 2004.
140. Babor, Thomas F., E. Bruce Ritson, and Ray J. Hodgson. "Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies." *Br J Addict* 81.1 (1986): 23-46.
141. Saunders, John B., and Nicole K. Lee. "Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management." *Comprehensive psychiatry* 41.2 (2000): 95-103.
142. Reid, M. Carrington, David A. Fiellin, and Patrick G. O'Connor. "Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care." *Archives of Internal Medicine* 159.15 (1999): 1681-1689.

143. Network, Scottish Intercollegiate Guideline. "The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care." Edinburgh: SIGN (2003).
144. Anderson, Peter, Dan Chisholm, and Daniela C. Fuhr. "Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol." *The Lancet* 373.9682 (2009): 2234-2246.
145. World Health Organization. "World Health Organization global status report on alcohol." Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva (2004).
146. Bobak, Martin, et al. "Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58.3 (2004): 238-242.
147. Rehm, Jürgen, et al. "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders." *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
148. Rehm, Jürgen. "The risks associated with alcohol use and alcoholism." *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 34.2 (2011): 135.
149. Whiteford, Harvey A., et al. "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 382.9904 (2013): 1575-1586.
150. Bagnardi, V., et al. "A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk." *British journal of cancer* 85.11 (2001): 1700.
151. Rehm, Jürgen, Robin Room, and Benjamin Taylor. "Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines." *International journal of methods in psychiatric research* 17.3 (2008): 141-151.
152. Rehm, Jürgen, et al. "The comparative risk assessment for alcohol as part of the Global Burden of Disease 2010 Study: What changed from the last study?" *The International Journal of Alcohol and Drug Research* 2.1 (2013): 1-5.
153. Rehm, Jürgen, and Kevin D. Shield. "Alcohol and Mortality: Global Alcohol-Attributable Deaths from Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010." *Alcohol research: current reviews* 35.2 (2014): 174.
154. Hriscu, Eugen. "Intervențiile online pentru tulburările legate de consumul de alcool-un posibil model pentru folosirea internetului în dezvoltarea de servicii de sănătate mintală."
155. Shield, Kevin D., Charles Parry, and Jürgen Rehm. "Chronic diseases and conditions related to alcohol use." *Alcohol research: current reviews* 35.2 (2014): 155.
156. World Health Organization. "International guide for monitoring alcohol consumption and related harm." (2000).
157. Hart, Carole L., et al. "Effect of body mass index and alcohol consumption on liver disease: analysis of data from two prospective cohort studies." *Bmj* 340 (2010).
158. Rehm, Jürgen, et al. "Alcohol-related morbidity and mortality." *Alcohol Res. Health* 140 (2003): C00-C97.
159. Rehm, Jürgen, et al. "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders." *The Lancet* 373.9682 (2009): 2223-2233.
160. Lim, Stephen S., et al. "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380.9859 (2013): 2224-2260.
161. Hriscu, Eugen. "Raportul organizației mondiale a sănătății cu privire la abuzul de alcool. implicații pentru româniA."(2012)
162. Saunders, John B., et al. "Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II." *ADDICTION-ABINGDON-* 88 (1993): 791-791.
163. Barbor, T. E., et al. "AUDIT–The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care." Geneva: World Health Organization (1992).



**Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 "Inițiativa în sănătatea publică".  
Iunie 2016, București**

**Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014.  
Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.  
Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați  
[www.norwaygrants.org](http://www.norwaygrants.org), [www.norwaygrants.ro](http://www.norwaygrants.ro) și [www.initiativeinsanatare.ms.ro](http://www.initiativeinsanatare.ms.ro).**

**[www.cnsmf.ro](http://www.cnsmf.ro)  
[www.edu-cnsmf.ro](http://www.edu-cnsmf.ro)  
[ghidurimedicale.ro](http://ghidurimedicale.ro)  
[www.insp.gov.ro](http://www.insp.gov.ro)**