


# DUDIT

## Drug Use Disorders Identification Test

Di bawah ini adalah beberapa pertanyaan tentang zat/obat-obatan. Mohon menjawab dengan benar dan sejujur mungkin dengan menandai jawaban yang dirasa tepat bagi Anda.

	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	Umur	<input type="text"/>	
1. Seberapa sering Anda menggunakan zat/obat-obatan selain alkohol? (lihat daftar zat/obat-obatan di bagian belakang)	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Sekali sebulan atau kurang <input type="checkbox"/>	2-4 kali per bulan <input type="checkbox"/>	2-3 kali per minggu <input type="checkbox"/>	4 kali per minggu atau lebih <input type="checkbox"/>
2. Apakah Anda menggunakan lebih dari satu jenis zat/obat-obatan dalam satu waktu?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Sekali sebulan atau kurang <input type="checkbox"/>	2-4 kali per bulan <input type="checkbox"/>	2-3 kali per minggu <input type="checkbox"/>	4 kali per minggu atau lebih <input type="checkbox"/>
3. Berapa kali Anda pakai zat/obat-obatan pada hari Anda biasa menggunakannya?	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 atau lebih <input type="checkbox"/>
4. Seberapa sering Anda mabuk karena pengaruh zat/obat-obatan?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Kurang dari sekali sebulan <input type="checkbox"/>	Tiap bulan <input type="checkbox"/>	Tiap minggu <input type="checkbox"/>	Harian atau hampir tiap hari <input type="checkbox"/>
5. Selama setahun terakhir, apakah Anda pernah merasakan keinginan untuk menggunakan zat/obat-obatan begitu kuat sehingga Anda tidak dapat menahannya?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Kurang dari sekali sebulan <input type="checkbox"/>	Tiap bulan <input type="checkbox"/>	Tiap minggu <input type="checkbox"/>	Harian atau hampir tiap hari <input type="checkbox"/>
6. Dalam setahun terakhir, apakah Anda pernah tidak dapat berhenti pakai saat Anda mulai menggunakan zat/obat-obatan?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Kurang dari sekali sebulan <input type="checkbox"/>	Tiap bulan <input type="checkbox"/>	Tiap minggu <input type="checkbox"/>	Harian atau hampir tiap hari <input type="checkbox"/>
7. Seberapa sering dalam setahun terakhir Anda menggunakan zat/obat-obatan kemudian lalai untuk melakukan yang seharusnya Anda lakukan?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Kurang dari sekali sebulan <input type="checkbox"/>	Tiap bulan <input type="checkbox"/>	Tiap minggu <input type="checkbox"/>	Harian atau hampir tiap hari <input type="checkbox"/>
8. Seberapa sering dalam setahun terakhir Anda merasa perlu untuk menggunakan lagi zat/obat-obatan pada pagi hari setelah menggunakan zat/obat-obatan dalam jumlah banyak di hari sebelumnya?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Kurang dari sekali sebulan <input type="checkbox"/>	Tiap bulan <input type="checkbox"/>	Tiap minggu <input type="checkbox"/>	Harian atau hampir tiap hari <input type="checkbox"/>
9. Seberapa sering dalam setahun terakhir Anda memiliki perasaan beresalah atau merasa tidak enak hati karena menggunakan zat/obat-obatan?	Tidak pernah <input type="checkbox"/>	Kurang dari sekali sebulan <input type="checkbox"/>	Tiap bulan <input type="checkbox"/>	Tiap minggu <input type="checkbox"/>	Harian atau hampir tiap hari <input type="checkbox"/>
10. Apakah Anda atau orang lain pernah terluka (mental atau fisik) karena Anda menggunakan zat/obat-obatan?	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya, tapi tidak dalam setahun terakhir <input type="checkbox"/>		Ya, dalam setahun terakhir <input type="checkbox"/>	
11. Apakah pernah ada keluarga atau teman, dokter atau perawat, atau seseorang lainnya yang mengkhawatirkan penggunaan zat/obat-obatan Anda atau mengatakan bahwa Anda sebaiknya berhenti menggunakan zat/obat-obatan?	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya, tapi tidak dalam setahun terakhir <input type="checkbox"/>		Ya, dalam setahun terakhir <input type="checkbox"/>	



# DAFTAR ZAT/OBAT-OBATAN

(Catatan: Tidak termasuk alkohol)

Kanabis	Amfetamin	Kokain	Opiat	Halusinogen	Pelarut/ Inhalansia	GHB dan lainnya
Ganja	Metamfetamin/ shabu	Kokain <i>Freebase</i>	Heroin Putaw	Ekstasi/inex LSD	Tiner TCE	GHB Steroid anabolik/ steroid fitness
Hashish	Phenmetrazine/ Preludin	Daun koka	Opium	Meskalin Peyote PCP	(trikloroetilen) Bensin	Gas tertawa Halothane
Minyak hashish	Khat Sipari/maken sirih Ritalin			Jamur tahi sapi/ magic mushroom DMT	Bahan bakar gas Zat pelarut Lem	Poppers Triheksipenidil/pil sapi/zat antikolinergik

## PIL/OBAT

Obat-obatan diperhitungkan sebagai narkoba jika dikonsumsi sebagai berikut:

- Melebihi dosis atau lebih sering dari yang diresepkan dokter pada Anda
- Untuk bersenang-senang, merasa lebih baik, mendapat efek memabukkan, atau mencoba-coba mencari tahu efeknya pada Anda
- Obat-obatan didapatkan dari keluarga atau teman
- Obat-obatan yang dibeli secara ilegal atau dari mencuri

### OBAT TIDUR/SEDATIF

Alprazolam	Kloral hidrat	Placidyl
Amobarbital	Lorazepam	Riklona
Atarax	Luminal	Rohypnol
Brevital	Mebaral	Stilnox
Butalbital	Meprospan	Thiopental
Butobarbital	Methaqualone	Triazolam
Calmlet	Merlopam	Valisanbe
Diazepam	Midazolam	Valium
Dumolid	Mogadon	Xanax
Glutetimida	Nitrazepam	Zolpidem
Halcion	Oxazepam	Zopiklon
Heminevrin	Pentobarbital	
Imovane	Phenobarbital	
Klonazepam		

### PEREDA NYERI

Anarex	Jurnista	Obat batuk
Betahistine mesylate	Histigo	Oxycodon
Buprenorphine	Kodein	OxyNorm
Carisoprodol	Mertigo	Solaxin
Dexketoprofen	Metadon	Somadril
Dextromethorpan	Morfin	Spasmomen
Durogesic	Morfin	Subutex
Etilmorfina	injeksi	Tradosik
Fentanyl	Morphine sulfat	Tramadol
	Norgesic	

Obat-obatan TIDAK diperhitungkan sebagai narkoba jika diresepkan oleh dokter dan dikonsumsi sesuai dengan dosis yang diresepkan.