


DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test



Здесь несколько вопросов о наркотиках. Пожалуйста, ответьте максимально правильно и честно, указав какой ответ Вам подходит.

	<input type="checkbox"/> Муж	<input type="checkbox"/> Жен	Возраст <input type="text"/>			
1. Как часто Вы употребляете наркотики, кроме алкоголя? (См. список наркотиков ниже)	Никогда <input type="checkbox"/>	Раз в месяц и реже <input type="checkbox"/>	2-3 раза в месяц <input type="checkbox"/>	2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/>	4 раза в неделю или чаще <input type="checkbox"/>	
2. Вы используете более одного вида наркотиков на одном событии?	Никогда <input type="checkbox"/>	Раз в месяц и реже <input type="checkbox"/>	2-3 раза в месяц <input type="checkbox"/>	2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/>	4 раза в неделю или чаще <input type="checkbox"/>	
3. Как часто Вы принимаете наркотики в обычный день, когда Вы принимаете наркотики?		0 <input type="checkbox"/>	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 или больше <input type="checkbox"/>
4. Как часто Вы подвергаетесь сильному влиянию наркотиков?	Никогда <input type="checkbox"/>	Менее одного раза в месяц <input type="checkbox"/>	Каждый месяц <input type="checkbox"/>	Каждую неделю <input type="checkbox"/>	Ежедневно или почти каждый день <input type="checkbox"/>	
5. За последний года, чувствовали ли Вы тягу к наркотикам так сильно, что не могли сопротивляться?	Никогда <input type="checkbox"/>	Менее одного раза в месяц <input type="checkbox"/>	Каждый месяц <input type="checkbox"/>	Каждую неделю <input type="checkbox"/>	Ежедневно или почти каждый день <input type="checkbox"/>	
6. Случалось ли за прошедший год, что Вы не могли остановиться употреблять наркотики с момента начала употребления?	Никогда <input type="checkbox"/>	Менее одного раза в месяц <input type="checkbox"/>	Каждый месяц <input type="checkbox"/>	Каждую неделю <input type="checkbox"/>	Ежедневно или почти каждый день <input type="checkbox"/>	
7. Как часто за прошедший год Вы употребили наркотики и забыли сделать день то, что Вы должны были сделать?	Никогда <input type="checkbox"/>	Менее одного раза в месяц <input type="checkbox"/>	Каждый месяц <input type="checkbox"/>	Каждую неделю <input type="checkbox"/>	Ежедневно или почти каждый день <input type="checkbox"/>	
8. Как часто за прошедший год Вам пришлось употребить наркотик утром после использования тяжелого наркотика за день до?	Никогда <input type="checkbox"/>	Менее одного раза в месяц <input type="checkbox"/>	Каждый месяц <input type="checkbox"/>	Каждую неделю <input type="checkbox"/>	Ежедневно или почти каждый день <input type="checkbox"/>	
9. Как часто за прошедший год Вы испытывали чувства вины или совести из-за использования наркотиков?	Никогда <input type="checkbox"/>	Менее одного раза в месяц <input type="checkbox"/>	Каждый месяц <input type="checkbox"/>	Каждую неделю <input type="checkbox"/>	Ежедневно или почти каждый день <input type="checkbox"/>	
10. Чувствовали ли Вы или кто-то еще боль (ментальную или физическую) по причине Вашего использования наркотиков?		Нет <input type="checkbox"/>	Да, но не за прошедший год <input type="checkbox"/>		Да, за прошедший год <input type="checkbox"/>	
11. Переживал ли родственник или друг, врач или медсестра, либо кто-то еще за использование Вами наркотиков или сказали Вам, что Вы должны остановиться употреблять наркотики?		Нет <input type="checkbox"/>	Да, но не за прошедший год <input type="checkbox"/>		Да, за прошедший год <input type="checkbox"/>	

Проверните страницу для списка наркотиков



СПИСОК ЛЕКАРСТВ

(Заметьте! Не алкоголь!)

Каннабис	Амфетамины	Кокаин	Опиоиды	Галлюциногены	Раствор./ингалят.	ГОМК и другие
Марихуана	Метамфетамин	Крэк	Курит.	Экстази	Разжижитель	ГОМК
Гашиш	Фенметралин	Фрибэйс	героин	ЛСД (Лизергик. К.)	Трихлорэтилен	Анабол. стероиды
Масло гашиш	Хат	Листья	Героин	Мескалин	Бензин	Веселящий газ
	Орех бетеля	коки	Опиум	Пиот	Газ	(Галотан)
	Риталин			ПЦП, ангельская	Раствор	Амил нитрат
	(Метилфенидат)			пыль(Фенциклд)	Клей	(Попперсы)
				Псилоцибин		Антихолинергичные
				ДМТ		составы
				(Диметилтриптамин)		

ТАБЛЕТКИ - ЛЕКАРСТВА

Таблетки считаются наркотиками, когда Вы принимаете:

- большее количество или больше, чем доктор Вам прописал
- таблеток потому, что Вы хотите чувствовать хорошо, кайф или просто хотели узнать какой эффект они будут иметь на Вас *uudishimust*
- таблетки, которые Вы получили от родственника или друга
- таблетки, которые Вы купили на «черном рынке» или украли

СНОТВОРНЫЕ / СЕДАТИВНЫЕ

Альпразолам	Глутетимид	Рохилол
Амобарбитал	Хальцион	Секобарбитал
Аподорм	Хеминеврин	Собрил
Апозепам	Икторивил	Соната
Апробарбитал	Имоване	Стесолид
Бутабарбитал	Мефобарбитал	Стилнокт
Буталбитал	Мепробамат	Талбутал
Хлорал гидрат	Метаквалон	Теместа
Диазепам	Метогекситал	Тиамиал
Дормикум	Могадон	Тиопентал
Этхолорвинол	Нитразепам	Триазолам
Фенемал	Оксаксанд	Ксанор
Флунитразепам	Пентобарбитал	Золиклрн
Флюсканд	Фенобарбитал	

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ

Актик	Фентанил	Паноккод форте
Коцилана-Эфитин	Кетодур	Парафлекс комп
Цитодон	Кетоган	Сомадрил
Цитодон форте	Кодеин	Спазмифен
Дексондон	Максидон	Субутекс
Деполан	Метадон	Темгезик
Дексофен	Морфин	Типарол
Дилаудил	Ноблиган	Традолан
Дистальгезик	Норфлекс	Трамадул
Долконтин	Норгезик	Трео комп
Долерон	Опидол	
Долотард	ОксиКонтин	
Долоксен	ОксиНорм	
Дурогезик	Паноккод	

Лекарства НЕ считаются наркотиками, когда их выписал врач и Вы принимаете их в выписанной дозировке.