


--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DUDIT Drug Use Disorders Identification Test

Εδώ είναι μερικές ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών που κάνεις. Παρακαλούμε, απάντησε στις ερωτήσεις με όσο το δυνατόν περισσότερη ακρίβεια και ειλικρίνεια, σημειώνοντας την απάντηση που σου ταιριάζει.

 <input type="checkbox"/> Άντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα	Ηλικία <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
1. Πόσο συχνά κάνεις χρήση άλλων ουσιών εκτός από αλκοόλ; (δες τη λίστα με τις εξαρτησιογόνες ουσίες στην πίσω σελίδα)	ποτέ <input type="checkbox"/>	μία φορά το μήνα ή λιγότερο <input type="checkbox"/>	2-4 φορές το μήνα <input type="checkbox"/>	2-3 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/>	4 φορές την εβδομάδα ή παραπάνω <input type="checkbox"/>	
2. Κάνεις παράλληλη χρήση διάφορων ουσιών;	ποτέ <input type="checkbox"/>	μία φορά το μήνα ή λιγότερο <input type="checkbox"/>	2-4 φορές το μήνα <input type="checkbox"/>	2-3 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/>	4 φορές την εβδομάδα ή <input type="checkbox"/>	
3. Μια τυπική μέρα χρήσης, πόσες φορές τη μέρα παίρνεις ουσίες;		0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 ή περισσότερες <input type="checkbox"/>
4. Πόσο συχνά είσαι υπό έντονη επήρεια ουσιών;		ποτέ <input type="checkbox"/>	λιγότερο από μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/>	καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/>
5. Τον προηγούμενο χρόνο, στάθηκε ποτέ αδύνατο να αντισταθείς στην επιθυμία σου για χρήση ουσιών;		ποτέ <input type="checkbox"/>	λιγότερο από μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/>	καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/>
6. Τον περασμένο χρόνο, σου ήταν ποτέ αδύνατο να σταματήσεις τη χρήση μετά την έναρξή της;		ποτέ <input type="checkbox"/>	λιγότερο από μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/>	καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/>
7. Πόσο συχνά στη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου έκανες χρήση ουσιών και στη συνέχεια αμέλησες τις υποχρεώσεις σου;		ποτέ <input type="checkbox"/>	λιγότερο από μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/>	καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/>
8. Πόσο συχνά στη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου χρειάστηκε να κάνεις πρωινή χρήση μετά από έντονη χρήση την προηγούμενη ημέρα;		ποτέ <input type="checkbox"/>	λιγότερο από μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/>	καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/>
9. Πόσο συχνά μέσα στον προηγούμενο χρόνο είχες αισθήματα ενοχής ή αισθανόσουν άσχημα επειδή έκανες χρήση ουσιών;		ποτέ <input type="checkbox"/>	λιγότερο από μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε μήνα <input type="checkbox"/>	κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/>	καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/>
10. Έχεις εσύ ή κάποιος άλλος υποστεί (σωματική ή ψυχική) βλάβη επειδή είχες κάνει χρήση ουσιών;			Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι, αλλά όχι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου. <input type="checkbox"/>	Ναι, κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου. <input type="checkbox"/>	
11. Έχει ανησυχήσει κάποιος συγγενής ή φίλος, γιατρός ή νοσηλευτής ή οποιοσδήποτε άλλος για τη χρήση που κάνεις ή σου έχει πει ότι θα έπρεπε να τη σταματήσεις;			Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι, αλλά όχι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου. <input type="checkbox"/>	Ναι, κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου. <input type="checkbox"/>	



Λίστα Ψυχοτρόπων Ουσιών

(σημείωση! εκτός αλκοόλ !)

Κάνναβη	Κοκαΐνη / άλλα διεγερτικά	Οπιούχα / οπιοειδή	Παραισθησιογόνα	Νέες Ψυχοτρόπες Ουσίες / ουσίες σε πειραματικό στάδιο	Άλλες ουσίες
Μαριχουάνα («χόρτο», «φούντα») Χασίσι («μαύρο», «σοκολάτα») Χασισέλαιο	Κοκαΐνη Freebase Κρακ Αμφεταμίνη («speed») Μενθαμφεταμίνη («ΣΙΣΑ», «crystal meth», «ice») Έκσταση (MDMA, m-CPP, «έψιλον», «ΧΤC») DOC Ριταλίνη (μεθυλφαινιδάτη) DMT (Διμεθυλτροπταμίνη) BZP (πιπεραζίνη, «A2», «Herbal Ecstasy», Khat (καθίνη, καθινόνη)	Ηρωίνη («πρέζα», «παραμύθα») Δεξτρομεθορφάνη («DXM») Όπιο Βουπρενορφίνη (Suboxone, Subutex, DOC) Μεθαδόνη («μέθα») Φαιντανύλη (Durogesic, Fentadur)	LSD («τριπάκι», «τριπ») PCP («αγγελόσκονη», «angel dust»)	Συνθετικά παράγωγα καθινόνων Μεφεδρόνη («μιάου», «meow») α-PVP («Flakka») MDPV («Cloud Nine», «Super Coke») 4-MEC Συνθετικά κανναβινοειδή («Ποτπουρί», όπως π.χ. Headtrip, Freedom EU Edition, Ultra Cloud 10 κλπ)	GHB («Liquid Ecstasy») Κεταμίνη («Special K») Αναβολικά στεροειδή Διαλύτες / εισπνεόμενες ουσίες (βενζίνη πετρέλαιο, κόλλα, διαλύτες αέρια)

Συνταγογραφούμενα φάρμακα

Φάρμακα/χάπια που καταναλώνονται ως ουσίες όταν τα παίρνεις

- περισσότερα ή πιο συχνά απ' ό, τι αναφέρεται στη συνταγή του γιατρού
- χάπια επειδή θες να διασκεδάσεις, να νιώσεις καλά, να «ανέβεις» ή αναρωτιέσαι τι είδους επίδραση θα έχουν σε σένα
- χάπια που πήρες από κάποιον συγγενή ή φίλο
- χάπια που αγόρασες ή έκλεψες από τη «μαύρη αγορά»

υπνωτικά / ηρεμιστικά

Akineton	Halcion	Rivotril
Apollonset	Hipnosedon	Sonata
Atarviton	Ilman	Stedon
Ativan	Imovane	Stesolid
Alprazolam	Kaneuron	Stilnox
Chloral hydrate	Kalinicta	Tavor
Clomethiazole	Lorazepam	Temazepam
Clonazepam	Lumidrops	Thiopental
Clonotril	Midazolam	Titus
Diazepam	Modium	Triazolam
Diphenal	Normison	Trankilium
Distedon	Novhepar	Viperiden
Dormicum	Oxazepam	Vulbegal
Dorm	Oniria	Xanax
Distraneurin	Pentothal	Xanax
Flunitrazepam	Phenobarbital	Zaleplon
Gardenal	Phenytoin	Zaplon
		Zolpidem

παισίπονα

Actiq	Ketogan	Vellofent
Brufen Plus	Lonalgal	Vibralis
Buprenorphin	Lonarid-N	Zaldiar
Codeine	Matrifen	Zideron
Dexketoprofen	Methadone	
Demogyl	Mongol	
Dextropropoxyphene	Morficontin	
Dihydrocodeine	Oxycodone	
Dolcontin	Pecfent	
Dolfen	Risperidone	
Dolotard	Sival-B	
Doloxene	Suboxone	
Durogesic	Subutex	
Fentadur	Tramadol	
Fentanyl	Tramal	
Ketogan	Temgesic	
	Tiparol	

Φάρμακα ΔΕΝ μετράνε ως ναρκωτικά όταν έχουν συνταγογραφηθεί από γιατρό και χρησιμοποιούνται με βάση την καθορισμένη δοσολογία.