

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

להלן מס' שאלות בנושא סמים. אנא השב בצורה כמה שיותר כנה ומדויקת ע"י סימון התשובה הנכונה ביותר עבורך.

גיל	אישה	גבר	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. באיזו תדירות אתה משתמש בסמים מלבד אלכוהול (ראה רשימת סמים בצד השני)? 4 פעמים בשבוע או יותר <input type="checkbox"/> 2-3 פעמים בשבוע <input type="checkbox"/> 2-4 פעמים בחודש <input type="checkbox"/> פעם בחודש או פחות <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם אתה משתמש ביותר מסוג אחד של סם באותה הזדמנות? 4 פעמים בשבוע או יותר <input type="checkbox"/> 2-3 פעמים בשבוע <input type="checkbox"/> 2-4 פעמים בחודש <input type="checkbox"/> פעם בחודש או פחות <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. כמה פעמים ביום אתה משתמש בסמים ביום טיפוסי של שימוש? 7 או יותר <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. באיזו תדירות אתה תחת השפעה כבדה של סם? כל יום או כמעט כל יום <input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל חודש <input type="checkbox"/> פחות מפעם אחת בחודש <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. במהלך השנה האחרונה הרגשת שהכמיהה לסם הייתה כה חזקה עד שלא יכולת להתנגד? כל יום או כמעט כל יום <input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל חודש <input type="checkbox"/> פחות מפעם אחת בחודש <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם קרה, במהלך השנה האחרונה, שלא יכולת להפסיק להשתמש לאחר שהתחלת? כל יום או כמעט כל יום <input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל חודש <input type="checkbox"/> פחות מפעם אחת בחודש <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. באיזו תדירות בשנה האחרונה לקחת סמים ולאחר מכן הזנחת משהו שהיית צריך לעשות? כל יום או כמעט כל יום <input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל חודש <input type="checkbox"/> פחות מפעם אחת בחודש <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. באיזו תדירות בשנה האחרונה היית צריך לקחת סם בבוקר לאחר שימוש כבד ביום הקודם? כל יום או כמעט כל יום <input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל חודש <input type="checkbox"/> פחות מפעם אחת בחודש <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. באיזו תדירות בשנה האחרונה היו לך רגשות אשם או נקיפות מצפון אחרי שימוש בסמים? כל יום או כמעט כל יום <input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל חודש <input type="checkbox"/> פחות מפעם אחת בחודש <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם אתה או מישהו אחר נפגע (נפשית או פיזית) בגלל שהשתמשת בסמים? כן, בשנה האחרונה <input type="checkbox"/> כן, אך לא בשנה האחרונה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם קרוב משפחה או חבר, רופא או אחות, או מישהו אחר, היו מודאגים מהשימוש שלך בסמים או אמרו לך שאתה צריך להפסיק להשתמש בסמים? כן, בשנה האחרונה <input type="checkbox"/> כן, אך לא בשנה האחרונה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>



רשימת סמים (לשים לב! לא כולל אלכוהול!)

קנאביס	ממריצים	קוקאין	אופיאטים	הלוצינוגנים	אינהלנטים/מסיסים	אחרים
מריחואנה	ריטלין	קוק	הרואין	אקסטזי	הרחת דבק	GHB
גראס/ירוק	קונצרטה	קראק	קוק פרסי	(אקסטה)	גז מזגנים	פופרז
חשיש/חום	אדרל	(קריסטל)	לבן	MDMA	טינר	סטראידים
ג'ראס	ויואנס		חומר	ל.ס.ד. (בול)	דלק	גז צחוק
שמן קנביס	גת		אופיום	טריפ, שפיץ)	גז בוטן	
קנבואידים	חגיגת			מסקלין		
סינטטיים	קריסטל מת'			סן-פדרו		
(נייס גאי/				פיוטה		
מבסוטון)				פסילוסביין		
				(פטריות)		
				איהואסקה		
				איבוגאין		
				DMT		
				קטמין		

כדורים -תרופות

כדורים נחשבים לסמים כאשר אתה לוקח:

- כדורים במינון גדול יותר או בתדירות גבוהה יותר משהרופא רשם.
- כדורים לצרכי בילוי, להרגיש טוב, להרגיש "היי" או כיוון שאתה סקרן לגבי השפעתם עליך.
- כדורים שקיבלת מקרוב או חבר.
- כדורים שקנית ב"שוק השחור" או שגנבת.

משככי כאבים

MCR	אבסטרל	טרג'ין
MIR	טניל	זלדיאר
מורפיום	פנטורה	טרמדקס
קודאין (קודאקמול, רוקל,	פק-פנט	טרמדול
מיגרהלב, ספסמלגין,	מדבקות פנטניל (fenta)	טרמדקס
רוקסט, קודיקל)	אקטיק (סוכריית פנטניל)	פלאשטאב
דורוג'סיק (מדבקה)	מדבקות בוטראנס	טרמה (trama)
דקסטרו-פרופוקסיפן	סובוקסון	טרמל (tramal)
(אלגולזין, פרוקסול,	סובוקס	אוקסיקונטין
רוגען).	בופרנורפין	אוקסיקודון
	מתדון	פרקוסט
	אדולן	פרקודן
	מורפין	פנטניל

כדורי שינה/הרגעה

אלפרזולם	דורמיקום
אלפרליד	אימובן
קסנאקס	נוקטורנו
קסנאגיס	זודורם
קלונקס	זופיקלון
לורבן	סטילנוקס
אסיבל	אמביין/אמביין CR
ואליום	ברביטורטים
ואבן	טרנקסאל
בונדורמין	פריזיום
ברוטזולם	

כדורים אינם נחשבים לסמים במידה ויש לך מרשם רופא ואתה נוטל אותם בהתאם