


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

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Di seguito ci sono alcune domande sulle sostanze. Per favore, risponda quanto più correttamente e onestamente possibile indicando quale risposta è giusta per lei.

 <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Età <input type="text"/>				
1. Con quale frequenza usa sostanze diverse dall'alcol? (Veda l'elenco di sostanze sul retro)	Mai <input type="checkbox"/>	Una volta al mese o meno <input type="checkbox"/>	2-4 volte al mese <input type="checkbox"/>	2-3 volte alla settimana <input type="checkbox"/>	4 volte alla settimana o più spesso <input type="checkbox"/>
2. Usa più di un tipo di sostanza nella stessa occasione?	Mai <input type="checkbox"/>	Una volta al mese o meno <input type="checkbox"/>	2-4 volte al mese <input type="checkbox"/>	2-3 volte alla settimana <input type="checkbox"/>	4 volte alla settimana o più spesso <input type="checkbox"/>
3. Quante volte assume sostanze in un giorno tipico in cui usa sostanze?	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 o più <input type="checkbox"/>
4. Con che frequenza è pesantemente influenzato/a dalle sostanze?	Mai <input type="checkbox"/>	Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/>	Ogni mese <input type="checkbox"/>	Ogni settimana <input type="checkbox"/>	Ogni giorno o quasi ogni giorno <input type="checkbox"/>
5. Nello scorso anno, ha sentito che il suo desiderio delle sostanze era così intenso che non riusciva a resistergli?	Mai <input type="checkbox"/>	Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/>	Ogni mese <input type="checkbox"/>	Ogni settimana <input type="checkbox"/>	Ogni giorno o quasi ogni giorno <input type="checkbox"/>
6. È capitato, nello scorso anno, che lei non fosse in grado di smettere di assumere sostanze una volta che aveva iniziato?	Mai <input type="checkbox"/>	Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/>	Ogni mese <input type="checkbox"/>	Ogni settimana <input type="checkbox"/>	Ogni giorno o quasi ogni giorno <input type="checkbox"/>
7. Con che frequenza nello scorso anno ha assunto delle sostanze e quindi ha trascurato di fare delle cose che avrebbe dovuto fare?	Mai <input type="checkbox"/>	Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/>	Ogni mese <input type="checkbox"/>	Ogni settimana <input type="checkbox"/>	Ogni giorno o quasi ogni giorno <input type="checkbox"/>
8. Con che frequenza nello scorso anno ha avuto bisogno di assumere sostanze al mattino dopo un uso pesante di sostanze il giorno precedente?	Mai <input type="checkbox"/>	Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/>	Ogni mese <input type="checkbox"/>	Ogni settimana <input type="checkbox"/>	Ogni giorno o quasi ogni giorno <input type="checkbox"/>
9. Con che frequenza nello scorso anno ha avuto sensi di colpa o rimorsi di coscienza perché ha usato delle sostanze?	Mai <input type="checkbox"/>	Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/>	Ogni mese <input type="checkbox"/>	Ogni settimana <input type="checkbox"/>	Ogni giorno o quasi ogni giorno <input type="checkbox"/>
10. Lei o qualcun altro è stato ferito (mentalmente o fisicamente) perché lei ha usato delle sostanze?	No <input type="checkbox"/>	Sì, ma non durante lo scorso anno <input type="checkbox"/>		Sì, durante lo scorso anno <input type="checkbox"/>	
11. Un parente, un amico, un medico, un infermiere o chiunque altro si è preoccupato per il suo uso di sostanze o ha detto che lei dovrebbe smettere di utilizzare sostanze?	No <input type="checkbox"/>	Sì, ma non durante lo scorso anno <input type="checkbox"/>		Sì, durante lo scorso anno <input type="checkbox"/>	



ELENCO DELLE SOSTANZE

(Faccia attenzione! Non l'alcol!)

Cannabis	Anfetamine	Cocaína	Oppiacei	Allucinogeni	Solventi/ inalanti	GHB e altre
Marihuana	Metamfetamina	Crack	Eroina fumata	Ecstasy	Acquaragia	GHB
Hashish	Fenmetrazina	Freebase	Eroina	LSD (Acido lisergico)	Tricloretilene	Steroidi anabolizzanti
Olio di hashish	Khat	Foglie di coca	Oppio	Mescalina	Benzina/ carburante	Gas esilarante (Alotano)
	Noce di betel			Peyote	Gas	Nitrato di amile (Popper)
	Ritalin (Metilfenidato)			PCP, polvere d'angelo (Fenciclidina)	Soluzione	Composti anticolinergici
				Psilocibina	Colla	
				DMT (Dimetiltriptamina)		

PILLOLE - MEDICINE

Le pillole valgono come sostanze quando lei assume:

- pillole con frequenza maggiore o in quantità maggiore rispetto alla prescrizione che le ha fatto il suo medico
- pillole perché vuole divertirsi, sentirsi bene, sentirsi "su di giri", o si chiede che tipo di effetto abbiano su di lei
- pillole che ha ricevuto da un parente o da un amico
- pillole che ha acquistato al "mercato nero" o che ha rubato

IPNOTICI/SEDATIVI

Alprazolam	Halcion	Rivotril
Amobarbital	Itrato di cloralio	Secobarbital
Aprobarbital	Imovane	Serpax
Butabarbital	Limbial	Sonata
Butalbital	Mataqualone	Stesolid
Clometiazolo	Meotesital sodico	Stilnox
Diazepam	Meprobamato	Talbutal
Dormicum	Metilfenobarbital	Tavor
Etclorvinolo	Mogadon	Tiamilal
Fenobarbital	Nitrazepam	Tiopental
Flunitrazepam	Pentobarbital	Triazolam
Gardenale	Rohypnol	Xanax
Glutetimide	Roipnol	Zopiclone

ANTIDOLORIFICI

Actiq	Fortradol	Panacod
Cocilana-	Jurnista	forte
Etyfin	Ketodur	Paraflex
Codeina	Ketogan	comp
Coefferalgan	Lonarid	Prontalgin
Contin	Libren	Soma
Contramal	Liberen	Spasmofen
Co-proxamol	Maxidon	Subutex
Disipal	Metadone	Tachidol
Doleron	Morfina	Temgesic
Dolotard	Norgesic	Tradolan
Durogesic	OxyContin	Tramadolo
Fentanil	OxyNorm	Treo comp
		Twice

Le pillole NON valgono come sostanze se sono state prescritte da un medico e se lei le assume al dosaggio prescritto.