


# DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test



Her er et antal spørgsmål om stoffer. Vi er taknemmelige hvis du svarer så nøjagtigt og ærligt som muligt ved at markere det alternativ, der gælder for dig.

	<input type="checkbox"/> Mand	<input type="checkbox"/> Kvinde	Alder <input type="text"/>			
1. Hvor ofte anvender du andre stoffer end alkohol? (Se listen over stoffer på bagsiden.)	Aldrig <input type="checkbox"/>	Én gang om måneden eller sjældnere <input type="checkbox"/>	2-4 gange om måneden <input type="checkbox"/>	2-3 gange om ugen <input type="checkbox"/>	4 gange eller mere om ugen <input type="checkbox"/>	
2. Anvender du mere end et stof ved samme lejlighed?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Én gang om måneden eller sjældnere <input type="checkbox"/>	2-4 gange om måneden <input type="checkbox"/>	2-3 gange om ugen <input type="checkbox"/>	4 gange eller mere om ugen <input type="checkbox"/>	
3. Hvor mange gange i løbet af en typisk dag tager du stoffer, når du anvender stoffer?		0 <input type="checkbox"/>	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 eller mere <input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte bliver du kraftig påvirket af stoffer?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uge <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/>	
5. Har du det sidste år oplevet at din længsel efter stoffer har været så stor at du ikke kunne stå imod?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uge <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/>	
6. Hvor ofte i løbet af det sidste år er det sket, at du ikke kunne stoppe med at tage stoffer når først du er begyndt?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uge <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/>	
7. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du taget stoffer og så ladet være med at gøre noget som du burde have gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uge <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/>	
8. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft behov for at tage nogen form for stof om morgenen efter et stort stofindtag dagen inden?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uge <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/>	
9. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft skyldsfølelse eller dårlig samvittighed på grund af, at du har anvendt stoffer?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uge <input type="checkbox"/>	Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/>	
10. Er du eller andre kommet til skade (psykisk eller fysisk) på grund af at du har anvendt stoffer?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/>		Ja, i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/>		
11. Har en slægtning eller ven, læge eller sygeplejerske eller andre været urolige for dit brug af stoffer eller sagt til dig at du bør stoppe med at tage stoffer?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/>		Ja, i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/>		



# LISTE OVER STOFFER

(OBS! IKKE ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Opløsningsmidler	GHB og andre
Marijuana	Methamfetamin	Crack	Heroin	Ecstasy	Fortynder	GHB
Hash	Fenmetraline	Freebase	Opium	LSD	Triklorætylen	Anabolske steroider
Hasholie	Khat	Koka-blade	Rygeheroin	Mescaline	Benzin	Lattergas
	Betelnød			Peyote (kaktus)	Gas	Amylnitrit (poppers)
	Ritaline			PCP, Englestøv	Opløsningsmiddel	Antikolinergika
	(Methylphenidat)			Psilocybin (svampe)	Lim	(Disipal, Akineton)
	Dexamin			DMT		
	(Amfetamin)			Muskat		

## TABLETTER - LÆGEMIDLER

Tabletter tæller som stoffer når du tager:

- lægemidler mere eller oftere end lægen har sagt du bør gøre
- tabletter for at have det sjovt, føle velbehag, blive "høj" eller for at prøve deres virkning
- tabletter du har fået fra et familiemedlem eller en ven
- tabletter du har købt på det "sorte marked" eller stjålet

### SOVE/BEROLIGENDE MIDLER

Alopam	Lexotan	Risolid
Alprazolam	Midazolam	Ronal
Alprox	Mogadon	Sonata
Apodorm	Nimadorm	Stilnoct
Apozepam	Nitrazepam	Stesolid
Broman	Noctamide	Tafil
Diazepam	Oxabenz	Temesta
Dormicum	Oxapax	Trizolam
Flunipam	Oxazepam	Valaxona
Flunitrazepam	Pacisyn	Valium
Frisium	Pronoctan	Zolpidem
Halcion	Imoclone	Zonoct
Hexalid	Imovane	Zopiclone
Klopoxid	Imozop	

### SMERTESTILLENDE

Abalgin	Kodimagnyl	Paracetamol
Actiq	Kodein	Paratabs
Buprenorfin	Kodipar	Perfalgan
Bupivacain-morfin	Malfin	Petidin
Contalgin	Mandolgin	Pinex
Depolan	Matrifin	Pinex comp.
Dolol	Metadon	Skopolamin
Doltrad	Metracop	Suboxone
Doloxene	Morfin	Subutex
Durogesic	Nobligan	Tadol
Fentanyl	Norspan	Temgesic
Fortamol	OxyContin	Tradolan
Jurnista	OxyNorm	Tramadol
Ketogan	Palladon	Transtec
Kodamid	Pamol	Vilan
	Panodil	

Tabletter tæller IKKE som stoffer når du har fået dem udskrevet af læge og du tager dem i rette mængde.