


# DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

**Burada maddeler hakkında birkaç soru vardır.** Lütfen mümkün olduğunca doğru ve dürüst bir şekilde sizin için hangi cevabın doğru olduğunu belirterek cevaplayın.

	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Yaş	<input type="text"/>			
1. Alkol dışındaki diğer maddeleri ne sıklıkta kullanıyorsunuz? (Arka taraftaki madde listesine bakın.)	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda bir ya da daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Ayda 2 ila 4 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 2 ila 3 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 4 ya da daha sık <input type="checkbox"/>	
2. Bir çeşitten fazla maddeyi aynı anda kullanıyor musunuz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda bir ya da daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Ayda 2 ila 4 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 2 ila 3 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 4 ya da daha sık <input type="checkbox"/>	
3. Madde kullandığınız zaman tipik bir günde kaç defa madde alıyorsunuz?		0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 veya daha fazla <input type="checkbox"/>
4. Maddeden ne sıklıkta aşırı derecede etkileniyorsunuz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
5. Geçen yıl süresince, maddeye karşı duyduğunuz isteğin, karşı koyamayacak kadar kuvvetli olduğunu hissettiniz mi?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
6. Geçen yıl süresince, maddeleri kullanmaya başladığınızda almayı durduramadığınız oldu mu?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
7. Geçen yıl süresince, ne sıklıkta madde alıp daha sonra yapmanız gereken bir şeyi ihmal ettiniz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
8. Geçen yıl süresince, aşırı derecede madde kullandığınız bir günden sonraki sabah madde almaya ne sıklıkta ihtiyacınız oldu?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
9. Geçen yıl süresince madde kullandığınız için ne sıklıkta suçluluk duygularınız oldu ya da vicdan azabı çektiniz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
10. Madde kullandığınız için siz ya da bir başkası zarar gördü mü (ruhsal ya da fiziksel olarak)?	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet, fakat geçen yıl içinde değil <input type="checkbox"/>	Evet, geçen yıl içinde <input type="checkbox"/>			
11. Bir akraba ya da arkadaş, bir doktor ya da hemşire, ya da herhangi birinin madde kullanımınız konusunda endişelendiği ya da madde kullanmayı durdurmanız gerektiğini söylediği oldu mu?	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet, fakat geçen yıl içinde değil <input type="checkbox"/>	Evet, geçen yıl içinde <input type="checkbox"/>			

# MADDELERİN LİSTESİ

(Dikkat! Alkol değil!)

Esrar	Amfetaminler	Kokain	Opiatlar	Halusinojenler	Uçucular/İnhalantlar	Diğerleri
Marijuana Kannabis Joint Kubar Ot Haşış Bonzai	Khat Concerta® Ritalin® (Metilfenidat) Dekstroamfetamin Metamfetamin Captagon® (Fenitilin) Dexedrine® Modiodal® (Modafinil)	Taş (Crack) Freebase	Koreks Eroin Opium Haşhaş Afyon sakızı Morfin Kodein	Ecstasy (MDMA) LSD (Liserjik asit) Meskalin (Kaktüs) PCP (Melek tozu) (Fensiklidin) Psilosibin (Sihirli Mantar) Ketamin Ketalar® DMT (Dimetiltriptamin)	Tiner Soğutucu sprey (Trikloretilen) Benzin/petrol Gaz Bally LPG (Çakmak gazı)	GHB (Gama Hidroksi Bütürat) Anabolik steroidler Gülme gazı (Halotan) Amil nitrat (Poppers) Antikolinerjikler Akineton (Biperiden) Maraş Otu Boru Otu (Güzel Avrat Otu)

## HAPLAR – İLAÇLAR

### Haplar madde olarak sayılır

- fazla aldığınızda ya da doktorun sizin için reçete ettiğinden daha sık aldığınızda
- hapları eğlenmek, iyi hissetmek, “kafayı bulmak” istediğiniz ya da sizde nasıl bir etki yapacaklarını merak ettiğiniz için aldığınızda
- akraba ya da arkadaştan aldığınız haplar
- “kara borsa”dan ya da çalınmış haplar satın aldığınızda

### UYKU HAPLARI/SEDATİFLER

Alprazolam	Klordiazepoksid
Xanax®	Klorazepat Dipotasyum
Diazepam	Fenobarbital
Diazem®	Luminal®
Nervium®	Difenhidramin
Zopiklon	Hidroksizin
Imovane®	Atarax®
Meprobamate	Flunitrazepam
Danitrin®	Rohypnol® (Roş)
Zopiklon	
Klonazepam	
Rivotril®	
Lorazepam	
Ativan®	

### AĞRI KESİCİLER

Buprenorfin	Jurnista®
Suboxone®	Petidin
Temgesic®	Aldolan®
Fentanil	Profenid
Durogesic®	Benzidamin
Actiq®	Tantum®
Kodein	
Dekstrometorfan	
Tramadol	
Contramal®	
Parasetamol	
Hidromorfon	

**Haplar eğer doktor tarafından reçete edildiye ve reçetelendirilen dozda kullandıysanız madde olarak SAYILMAZ.**