


# DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

**Her er noen spørsmål om stoff.** Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

|   |   |  |  |   |  |   |
|---|---|--|--|---|--|---|
|    | <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne | Alder  |  | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                                     |   |
| 1. Hvor ofte bruker du andre stoff enn alkohol? (Se listen over stoff på baksiden).   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | 1 gang i måneden eller sjeldnere<br><input type="checkbox"/>       | 2-4 ganger i måneden<br><input type="checkbox"/> | 2-3 ganger i uken<br><input type="checkbox"/>             | 4 ganger i uken eller mer<br><input type="checkbox"/>    |   |
| 2. Bruker du flere enn ett stoff ved ett og samme tilfelle?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | 1 gang i måneden eller sjeldnere<br><input type="checkbox"/>       | 2-4 ganger i måneden<br><input type="checkbox"/> | 2-3 ganger i uken<br><input type="checkbox"/>             | 4 ganger i uken eller mer<br><input type="checkbox"/>    |   |
| 3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff, når du tar stoff?   |   | 0<br><input type="checkbox"/>                                      | 1 - 2<br><input type="checkbox"/>                | 3 - 4<br><input type="checkbox"/>                         | 5 - 6<br><input type="checkbox"/>                        | 7 eller flere<br><input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av stoff?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |   |
| 5. Har du det siste året opplevd at lengselen etter stoff har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |   |
| 6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta stoff når du først hadde begynt?  | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |   |
| 7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt stoff og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |   |
| 8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta stoff etter stort stoffinntak dagen før?                               | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |   |
| 9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt stoff?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |   |
| 10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av stoff?  | Nei<br><input type="checkbox"/>                               | Ja, men ikke i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  | Ja, i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  |   |
| 11. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av stoff, eller sagt til deg at du bør slutte med stoff? | Nei<br><input type="checkbox"/>                               | Ja, men ikke i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  | Ja, i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  |   |

# LISTE OVER STOFF

## (OBS! IKKE ALKOHOL)

| Cannabis     | Amfetamin                          | Kokain    | Opiater | Hallucinogener  | Løsningsmiddel | GHB og øvrige         |
|--------------|------------------------------------|-----------|---------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Marihuana    | Metamfetamin                       | Crack     | Røyke-  | Ecstasy (MDMA)  | Tynner         | GHB                   |
| Hasj         | Fenmetralin                        | Freebase  | heroin  | LSD             | Trikløretylen  | Anabole steroider     |
| Cannabisolje | Khat                               | Kokablåd  | Heroin  | Meskalin/Peyote | Bensin         | Lystgass              |
|              | Betelnøtt                          | Kokapasta | Opium   | PCP             | Gass           | Amylnitritt (poppers) |
|              | Ritalin/Concerta<br>(metylfenidat) |           |         | Psilocybin      | Løsemidler     | Antikolinergika       |
|              | Dexamin<br>(amfetamin)             |           |         | DMT (mimosa)    | Lim            | (Disipal, Akineton)   |
|              |                                    |           |         | 2C-B, DOB       |                |                       |
|              |                                    |           |         | Magic mushrooms |                |                       |
|              |                                    |           |         | Meksikansk sopp |                |                       |
|              |                                    |           |         | Muskat          |                |                       |
|              |                                    |           |         | Piggeple        |                |                       |

## TABLETTER – LEGEMIDLER

Tabletter regnes som stoff når du tar:

- legemidler mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- tabletter for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- tabletter som du har fått av en slektning eller venn
- tar tabletter som du har kjøpt "svart" eller stjålet

### Beroligende legemidler og/eller sovetabletter

|               |              |            |
|---------------|--------------|------------|
| Alprazolam    | Heminevrin   | Rohypnol   |
| Apodorm       | Imovane      | Sobril     |
| Apozepam      | Karisoprodol | Somadril   |
| Ativan        | Klometiazol  | Stesolid   |
| Barbital      | Klonazepam   | Stilnoct   |
| Diazepam      | Lorazepam    | Valium     |
| Dormicum      | Midazolam    | Vival      |
| Fenemal       | Mogadon      | Xanor      |
| Febobarbital  | Nitrazepam   | Xanor dep. |
| Flunitrazepam | Oxazepam     | Zolpidem   |
| Flunipam      | Rivotril     | Zopiklon   |

### Smertestillende legemidler

|                   |             |            |
|-------------------|-------------|------------|
| Actiq             | Kapanol     | Nobligan   |
| Aporex            | Ketalar     | Norgesic   |
| Anervan           | Ketamin     | Oksykodon  |
| Buprenorfin       | Ketobemidon | OxyContin  |
| Cosylan           | Ketogan     | OxyNorm    |
| Dekstropropoxyfen | Ketorax     | Paralgin   |
| Dolcontin         | Kodein      | Pentazocin |
| Durogesic         | Meprobamat  | Petidin    |
| Etylmorfin        | Metadon     | Pinex      |
| Fentanyl          | Modial      | Suboxone   |
| Fortralin         | Modiodal    | Subutex    |
| Hydrokon          | Modafinil   | Temgesic   |
| Hydromorfon-      | Morfin      | Tradolan   |
| klorid            | Morfin-     | Tramadol   |
|                   | scopolamin  | Tramagetic |

Tabletter regnes IKKE som stoff når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).