

_____	_____	_____	_____	_____
Идент. номер клиента Администрация	Сегодняшнее число	Идент. номер учреждения	Почтовый индекс	

ОПРОС ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ № 5, проводимый в университете TSU

В течение последних 12 месяцев (до момента тюремного заключения, если применимо) –

- | | Да | Нет |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Принимали ли вы наркотические препараты в большем объеме или в течение более длительного срока, чем вы планировали или намеревались? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Предпринимали ли вы попытки взять под контроль или сократить потребление наркотических препаратов, но не были в состоянии добиться результата? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Потратили ли вы большое количество времени на приобретение наркотических препаратов, их употребление или восстановление после их употребления? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Было ли у вас острое желание или позывы употребить наркотические препараты? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Находились ли вы в состоянии сильного наркотического опьянения или ощущалось ли у вас болезненное состояние от употребления наркотических препаратов, которое не позволяло вам выходить на работу, на учебу или заботиться о детях? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Продолжали ли вы употреблять наркотические препараты даже после того, как это приводило к проблемам социального или личностного характера? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Уделяли ли вы меньше времени работе, учебе или общению с друзьями из-за употребления наркотиков? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Употребляли ли вы наркотики, которые подвергали вас или окружающих физической опасности? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Продолжали ли вы употреблять наркотические препараты даже после того, как это приводило к проблемам физического или психологического характера? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10a. Требовалось ли вам увеличивать объем потребляемых наркотических препаратов для того, чтобы получить тот же эффект, что и раньше? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10b. Приводило ли употребление обычного количества наркотического препарата к меньшему эффекту, чем раньше? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11a. Приводил ли отказ или пропущенная доза наркотических препаратов к болезненному состоянию или абстинентному синдрому? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11b. Продолжали ли вы когда-либо употреблять наркотики для облегчения состояния, предотвращения болезненного состояния или абстинентного синдрома? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Какой наркотический препарат вызывал у вас наиболее серьезные проблемы в течение последних 12 месяцев? [ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ]

_____ Идент. номер клиента Администрация	_____ Сегодняшнее число	_____ Идент. номер учреждения	_____ Почтовый индекс
--	----------------------------	----------------------------------	--------------------------

<input type="radio"/>	Никакой	<input type="radio"/>	Стимуляторы – метамфетамин (мет)
<input type="radio"/>	Алкоголь	<input type="radio"/>	Синтетические катионы (соли для ванн)
<input type="radio"/>	Каннабиноиды – марихуана (травка)	<input type="radio"/>	Клубные наркотики – Метилendioкси-метамфетамин/ гаммагидроксibuтират /рогипнол (экстази)
<input type="radio"/>	Каннабиноиды – гашиш (гаш)	<input type="radio"/>	Диссоциативные препараты – кетамин/фенилциклидин («витамин К»)
<input type="radio"/>	Синтетическая марихуана (K2/спайс)	<input type="radio"/>	Галлюциногены –ЛСД/грибы (кислота)
<input type="radio"/>	Опиоиды – героин (смэк)	<input type="radio"/>	Ингаляторы – растворители (растворитель краски)
<input type="radio"/>	Опиоиды – опиум (смола)	<input type="radio"/>	Рецептурные препараты – депрессанты
<input type="radio"/>	Стимуляторы – порошок кокаина (кокос)	<input type="radio"/>	Рецептурные препараты – стимуляторы
<input type="radio"/>	Стимуляторы – курительный кокаин (крэк)	<input type="radio"/>	Рецептурные препараты – опиоидные болеутоляющие средства
<input type="radio"/>	Стимуляторы – амфетамины (спид)	<input type="radio"/>	Другие (уточните)_____

13. Как часто вы употребляли каждый из видов наркотических препаратов в течение последних 12 месяцев?	НИКОГДА	ТОЛЬКО НЕСКОЛЬКО РАЗ	1-3 РАЗА В МЕСЯЦ	1-5 РАЗ В НЕДЕЛЮ	ЕЖЕДНЕВНО
a.Алкоголь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Каннабиноиды – марихуана (травка)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.Каннабиноиды – гашиш (гаш)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Синтетическая марихуана (K2/спайс)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.Опиоиды – героин (смэк)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.Опиоиды – опиум (смола)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Стимуляторы – порошок кокаина (кокос)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Стимуляторы – курительный кокаин (крэк)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.Стимуляторы – амфетамины (спид)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j.Стимуляторы – метамфетамин (мет)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Синтетические катионы (соли для ванн)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l.Клубные наркотики – Метилendioкси-метамфетамин/ гаммагидроксibuтират /рогипнол (экстази)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Диссоциативные препараты – кетамин/фенилциклидин («витамин К»)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Галлюциногены –ЛСД/грибы (кислота)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Ингаляторы – растворители (растворитель краски)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Рецептурные препараты – депрессанты	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Рецептурные препараты – стимуляторы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____	____ ____
Идент. номер клиента Администрация	Сегодняшнее число	Идент. номер учреждения	Почтовый индекс	

- r.Рецептурные препараты – опиоидные
болеутоляющие средства
- s.Другие (уточните) _____

14. Сколько раз до сегодняшнего дня вы принимали участие в программе избавления от наркотической зависимости?

[НЕ УКАЗЫВАЙТЕ ВСТРЕЧИ АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ, АНОНИМНЫХ НАРКОМАНОВ ИЛИ АНОНИМНЫХ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ КОКАИН]

- Никогда 1 раз 2 раза 3 раза 4 раза или более

15. Насколько серьезной вы считаете свою наркотическую зависимость?

- Нисколько Немного Умеренно Значительно Чрезвычайно

16. В течение последних 12 месяцев как часто вы вводили себе наркотик при помощи иглы?

- Никогда Только несколько раз 1-3 раза в месяц 1-5 раз в неделю Ежедневно

17. Насколько важным сейчас для вас является лечение от наркотической зависимости?

- Нисколько Немного Умеренно Значительно Чрезвычайно