

_____	_____	_____	_____	_____
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 личного 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"/>	Натуральный Опиоиды – героин (смэк)	<input type="radio"/>	Ингаляторы – растворители (растворитель краски)
<input type="radio"/>	Синтетический Опиоиды – Фентанил	<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"/>				
b. Каннабиноиды – марихуана (травка)	<input type="radio"/>				
c. Каннабиноиды – гашиш (гаш)	<input type="radio"/>				
d. Синтетическая марихуана (K2/спайс)	<input type="radio"/>				
e. Натуральный Опиоиды – героин (смэк)	<input type="radio"/>				
f. Синтетический Опиоиды – Фентанил	<input type="radio"/>				
g. Стимуляторы – порошок кокаина (кокос)	<input type="radio"/>				
h. Стимуляторы – курительный кокаин (крэк)	<input type="radio"/>				
i. Стимуляторы – амфетамины (спид)	<input type="radio"/>				
j. Стимуляторы – метамфетамин (мет)	<input type="radio"/>				
k. Синтетические катионы (соли для ванн)	<input type="radio"/>				
l. Клубные наркотики – Метилendioкси-метамфетамин/ гаммагидроксibuтират / рогипнол (экстази)	<input type="radio"/>				
m. Диссоциативные препараты –кетамин/ фенилциклидин («витамин К»)	<input type="radio"/>				
n. Галлюциногены –ЛСД/грибы (кислота)	<input type="radio"/>				
o. Ингаляторы – растворители (растворитель краски)	<input type="radio"/>				
p. Рецептурные препараты – депрессанты	<input type="radio"/>				
q. Рецептурные препараты – стимуляторы	<input type="radio"/>				

