


--	--	--	--	--	--

Poniżej znajduje się kilka pytań dotyczących narkotyków. Prosimy o udzielenie szczerych i ścisłych odpowiedzi poprzez zaznaczenie odpowiedniej kratki, która najlepiej odnosi się do Ciebie.

	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> Kobieta	Wiek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Jak często przyjmujesz narkotyki inne niż alkohol? (Popatrz na wykaz na odwrocie)	Nigdy <input type="checkbox"/>	Raz w miesiącu lub rzadziej <input type="checkbox"/>	2-4 razy w miesiącu <input type="checkbox"/>	2-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/>	4 razy w tyg. lub częściej <input type="checkbox"/>	
2. Czy przyjmujesz więcej niż jeden rodzaj narkotyku za jednym razem?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Raz w miesiącu lub rzadziej <input type="checkbox"/>	2-4 razy w miesiącu <input type="checkbox"/>	2-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/>	4 razy w tyg. lub częściej <input type="checkbox"/>	
3. Ile razy dziennie przyjmujesz narkotyki w typowy dzień, kiedy je zażywasz?		0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 lub więcej <input type="checkbox"/>
4. Jak często jesteś pod silnym wpływem narkotyków?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/>	Co miesiąc <input type="checkbox"/>	Co tydzień <input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie <input type="checkbox"/>	
5. Czy w ciągu ostatniego roku czułeś tak silne pragnienie zażycia narkotyku, że nie potrafiłeś mu się oprzeć?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/>	Co miesiąc <input type="checkbox"/>	Co tydzień <input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie <input type="checkbox"/>	
6. Czy w ciągu ostatniego roku zdarzyło Ci się, że gdy zacząłeś przyjmować narkotyk, to nie potrafiłeś przestać?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/>	Co miesiąc <input type="checkbox"/>	Co tydzień <input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie <input type="checkbox"/>	
7. Jak często w ciągu ostatniego roku zdarzało się, że przyjąłeś narkotyki, a następnie nie zrobiłeś czegoś, co powinieneś był zrobić?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/>	Co miesiąc <input type="checkbox"/>	Co tydzień <input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie <input type="checkbox"/>	
8. Jak często w ciągu ostatniego roku musiałeś zażyć narkotyk rano po intensywnym przyjmowaniu go dzień wcześniej?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/>	Co miesiąc <input type="checkbox"/>	Co tydzień <input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie <input type="checkbox"/>	
9. Jak często w ciągu ostatniego roku miałeś poczucie winy lub wyrzuty sumienia, ponieważ zażywałeś narkotyki?	Nigdy <input type="checkbox"/>	Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/>	Co miesiąc <input type="checkbox"/>	Co tydzień <input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie <input type="checkbox"/>	
10. Czy Ty sam lub ktoś inny został skrzywdzony (psychicznie lub fizycznie) z tego powodu, że zażyłeś narkotyki?	Nie <input type="checkbox"/>	Tak, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy <input type="checkbox"/>	Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy <input type="checkbox"/>			
11. Czy Twój krewny lub znajomy, lekarz lub pielęgniarka albo inna osoba, byli zaniepokojeni Twoim używaniem narkotyków lub powiedzieli Ci, że powinieneś przestać je przyjmować?	Nie <input type="checkbox"/>	Tak, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy <input type="checkbox"/>	Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy <input type="checkbox"/>			



# WYKAZ NARKOTYKÓW

## (Uwaga! Bez alkoholu!)

Konopie	Pochodne Amfetaminy	Kokaina	Opiaty	Halucynogeny	Rozpuszczalniki Substancje wziewne	GHB i inne środki
Marihuana (trawa) Skun Haszysz Olej haszyszowy	Ecstasy (MDMA, ekstaza) Efedron Mefedron, Bufedron Fenmetrazyna Metamfetamina Amfetamina (speed) Khat Betel Concerta (Metylfenidat)	Kokaina Crack Proszek (zasada) kokainy Liście koki	Heroina do palenia Heroina Opium Kompot Makiwara Acodin Thiocodin Tussipect Preparaty sudafedu Cirrus	Ecstasy LSD (kwas lizergowy) Meskalina Pejotl PCP, anielski pył (Fencyklidyna) Psylocybina Grzybki DMT (dimetylotryptamina)	Rozpuszczalnik do farb Trichloroetylen Benzyna Gaz Roztwory Kleje Toluen Gaz do zapalniczek Szpachla	GHB, GBL Płyn do czyszczenia felg  Dopalacze  Katynony Sterydy anaboliczne Cholinolityki (bielun)

## LEKI

Leki należy traktować jako narkotyki, jeżeli:

- zażywasz je w większych dawkach lub częściej niż zalecił lekarz
- zażywasz je dla rozrywki, poprawy samopoczucia, bycia na „haju” lub z ciekawości, jaki mają wpływ na Ciebie
- otrzymałeś je od krewnego lub znajomego
- kupiłeś je na czarnym rynku lub ukradłeś

### ŚRODKI NASENNE I USPOKAJĄCE

Alprazolam	Hemineuryna	Senzop
Amobarbital	Imovan	Signopam
Apodorm	Lorafen	Sonata
Apozepam	Luminal	Stilnox
Aprobarbital	Mefobarbital	Temazepam
Afobam	Meprobamat	Tranxene
Clonazepam	Metakwalon	Thiopental
Cloraxen	Nasen	Triazolam
Chloral hydrat	Nitrazepam	Xanor
Diazepam	Pentobarbital	Xanax
Dormicum	Fenobarbital	Zolpic
Estazolam	Relanium	Zopiklon
Flunitrazepam	Rohypnol	Zolpidem
Glutethimide	Secobarbital	Zaleplon

### ŚRODKI PRZECIWBÓLOWE

Adamon	Instanyl	Poltram
Antidol	Kodeina	Sevredol
Delparan	Ketamina	Symtram
Dilaudid	Ketanest	Spasmofen
Distalgescic	Matrifon	Suboxone
Dolcontin	Metadon	Subutex
Dolcontral	Morfina	Solpadeine
Doreta	Morphini	Tramal
Doltard	sulfas	Tramadol
Durogesic	MST	Thiocodin
Effentora	Continus	Vellofent
Fenta	OxyContin	Zaldiar
Fentanyl	Paratram	
	Padolten	
	PecFent	

Leki NIE są uważane za narkotyki, jeśli zostały przepisane przez lekarza i przyjmujesz je w zaleconych dawkach.