

DUDIT-E

Drug Use Disorders Identification Test

Løbenr



Mand

Kvinde

Alder

Så ofte bruger jeg følgende stoffer: (se DUDIT - liste over stoffer)	Aldrig	Har testet det nogle gange	1 gang om måneden eller sjældnere	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere	Sæt et X herunder hvis du mener brug ved tilbagefald eller i afgrænsede perioder
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opløsningsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB og andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter (sove/beroligende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter (smertestillende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobak (cigaretter, cigarer, pipetobak, snus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvad er positivt for dig ved brug af stoffer?	Slet ikke	Lidt	Noget	Meget	Absolut
1. Sover bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bliver afspændt og afslappet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bliver glad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler mig stærk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Føler mig "normal".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bliver kreativ (får mange idéer, gør kunstneriske ting).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bliver aktiv (rengøring, vasker op, bilvask, arbejder og lign.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg elsker alle og hele verden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Får øget selvtillid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Får færre smerter i ryg, nakke, hoved o.s.v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Får en fornemmelse af, at alt ordner sig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Livet uden stoffer er kedeligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kan bedre styre følelser som angst, vrede og depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Med stoffer, kan jeg fungere socialt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Med stoffer, føler jeg at jeg er en del af gruppen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg får bedre kontakt med andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg får mere ud af mit liv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vend for at udfylde bagsiden



Hvad er negativt for dig ved af bruge stoffer?	Aldrig	Spædhøre end én gang om måneden	Hver måned	Hver uge	Dagligt eller næsten hver dag
1. Jeg har i det forløbne år haft problemer på arbejde, skolen eller hjemme på grund af stoffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har i det forløbne år søgt læge- eller hospital behandling eller haft medicinske problem (f.eks. hukommelsestab eller hepatitis) på grund af stoffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har i det forløbne år været op at skændes eller anvendt vold, når jeg har været påvirket af stoffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har i det forløbne år haft problemer med politiet på grund af stoffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	Meget	Absolut
5. Bliver angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Får selvmordstanker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Undgår andres selskab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Får hovedpine, kvalme eller opkastninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har mindre kontakt med venner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har svært ved at koncentrere mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lysten til sex bliver mindre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ødelægger min økonomi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bliver passiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Får dårligere helbred.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bliver hensynsløs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ødelægger mit familieliv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ser alt som et stort kaos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvad mener du om stoffer?	Slet ikke	Delvis	Ja, absolut
1. Trives du med at tage stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler du dig træt af, at anvende stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du i løbet af det sidste år været bekymret for dit forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Er du klar til at arbejde med at ændre dit forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Synes du, at du har brug for professionel hjælp til at ændre dit forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tror du at du kan få den rette professionelle hjælp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tror du at du kan blive hjulpet af professionel behandling for dit forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Synes du, at det er vigtigt at ændre dit forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tror du det bliver vanskeligt at ændre dit forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du allerede ændret dit forbrug af stoffer og søger efter måder at hjælpe dig selv med at undgå tilbagefald?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>