

هنا بعض الأسئلة حول المخدرات. الرجاء الإجابة بصدق وبشكل صحيح قدر المستطاع بالإشارة إلى الجواب الذي هو أفضل بالنسبة لك.

رجل <input type="checkbox"/>	امرأة <input type="checkbox"/>	سن <input type="text"/>			
مطلقا <input type="checkbox"/>	مرة في الشهر أو أقل <input type="checkbox"/>	2-4 مرات في الشهر <input type="checkbox"/>	2-3 مرات في الأسبوع <input type="checkbox"/>	4 مرات أو أكثر في الأسبوع <input type="checkbox"/>	1. ما هو معدل تعاطيك لمخدرات أخرى غير الكحول؟ (عاين لائحة المخدرات خلفه)
مطلقا <input type="checkbox"/>	مرة في الشهر أو أقل <input type="checkbox"/>	2-4 مرات في الشهر <input type="checkbox"/>	2-3 مرات في الأسبوع <input type="checkbox"/>	4 مرات أو أكثر في الأسبوع <input type="checkbox"/>	2. هل تستعمل أكثر من نوع واحد من المخدرات في نفس المناسبة؟
0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 أو أكثر <input type="checkbox"/>	3. كم مرة تتعاطى للمخدرات في يوم مثالي لتعاطي المخدرات؟
مطلقا <input type="checkbox"/>	أقل من مرة في الشهر <input type="checkbox"/>	كل شهر <input type="checkbox"/>	كل أسبوع <input type="checkbox"/>	يومية أو تقريبا يوميا <input type="checkbox"/>	4. كم عدد المرات التي تأثرت فيها بشكل كبير بالمخدرات؟
مطلقا <input type="checkbox"/>	أقل من مرة في الشهر <input type="checkbox"/>	كل شهر <input type="checkbox"/>	كل أسبوع <input type="checkbox"/>	يومية أو تقريبا يوميا <input type="checkbox"/>	5. هل شعرت خلال العام المنصرم برغبة قوية جدا لتعاطي المخدرات حتى أنك وجدت نفسك لا تستطيع مقاومتها؟
مطلقا <input type="checkbox"/>	أقل من مرة في الشهر <input type="checkbox"/>	كل شهر <input type="checkbox"/>	كل أسبوع <input type="checkbox"/>	يومية أو تقريبا يوميا <input type="checkbox"/>	6. هل حصل خلال العام المنصرم، أن وجدت أنك لا تستطيع التوقف عن تعاطي المخدرات عند بدئك في التعاطي لها؟
مطلقا <input type="checkbox"/>	أقل من مرة في الشهر <input type="checkbox"/>	كل شهر <input type="checkbox"/>	كل أسبوع <input type="checkbox"/>	يومية أو تقريبا يوميا <input type="checkbox"/>	7. كم عدد المرات خلال العام الماضي، أخذت المخدرات ثم أهملت أن تقوم بعمل شيء كان يجب عليك القيام به؟
مطلقا <input type="checkbox"/>	أقل من مرة في الشهر <input type="checkbox"/>	كل شهر <input type="checkbox"/>	كل أسبوع <input type="checkbox"/>	يومية أو تقريبا يوميا <input type="checkbox"/>	8. كم عدد المرات خلال العام الماضي، وجدت نفسك في حاجة إلى أخذ مخدر في الصباح الموالي بعد تعاطيك بشده للمخدر في اليوم السابق؟
مطلقا <input type="checkbox"/>	أقل من مرة في الشهر <input type="checkbox"/>	كل شهر <input type="checkbox"/>	كل أسبوع <input type="checkbox"/>	يومية أو تقريبا يوميا <input type="checkbox"/>	9. خلال العام الماضي، هل كان لديك شعور بالذنب أو تائب الضمير بعد أن تعاطيت المخدرات؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم، ولكن ليس في العام الماضي <input type="checkbox"/>	نعم، أثناء العام الماضي <input type="checkbox"/>			10. هل تعرضتم شخصا أو أي شخص آخر لإصابة (جسدية أو نفسية) بسبب أنك تعاطيت المخدرات؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم، ولكن ليس في العام الماضي <input type="checkbox"/>	نعم، أثناء العام الماضي <input type="checkbox"/>			11. هل عبر أحد من الأقارب أو الأصدقاء، طبيب أو ممرضة، أو أي شخص آخر عن قلقهم بشأن تعاطيك للمخدرات أو قالوا لك أنه يجب عليك التوقف عن استعمال المخدرات؟

لائحة المخدرات (ملاحظة ! لا تشمل الكحول !)

الغيب الهندي	الأمفيتامينات	الكوكايين	أفيونيات	المهلوسات	مواد الاستنشاق	جي إتش بي وغيره
المرخوانا حشيش زيت الحشيش	ميثامفيتامين القات جوز الكوتل (الفوقل)	الكراك أوراق نبات الكوكا	تدخين الهيروين هيروين أفيون	إكستاسي (عقار النشوة) إل إس دي (عقار الهلوسة) المسكالين بي . سي . بي (الفينسيكليدين) غبار الملائكة البسيلوسيبين (الفطر السحري) دي إم تي (ثنائي ميثيل تريبتامين)	الدليو ثلاثي كلور الإيثيلين بنزين غاز محلول لصاق	جي إتش بي المنشطات او المكملات الغذائية غاز الضحك (هالوثان) نيتريت الإميل مركبات مضادات الكولين

أقراص - أدوية

تعتبر الأدوية كمخدرات عندما تستعمل :

- أكثر من اللازم أو أكثر مما وصفه الطبيب لك .
- في الحصول على متعة، أن تشعر بشعور جيد، الحصول على الشعور بالنشوة أو تساءلت ما نوع التأثير سيكون لها عليك .
- بعد الحصول عليها من قريب أو صديق .
- بعد سرقته أو شرائها من "السوق السوداء" .

الحبوب المنومة / المهدئات

إكوانيل
تيميستا
ستيلنوكس
ألبرازولام
زانكس
فاليوم
نترازلام
ميديزابين
كلونازيبام
ريفوتريل
ايموفان

مسكنات الألم

مورفين
ميانتالجيك
دولبيران
كودولبيران
اسبرين
نورفلس
سبازموفين
تمجزيك
ترامادول
ترامال

لا تعتبر أقراص الدواء أو الأدوية من المخدرات إذا تم وصفها من طرف الطبيب أو تم أخذها وفقا للجرعات المحددة.