

N° Id.

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

DUDIT-E

Drug Use Disorders Identification Test—Extended


 Homem Mulher

Idade

--	--

Com qual freqüência você usa as seguintes substâncias? (Ver lista de drogas do DUDIT.)	Nunca	Experimentou uma ou mais vezes	Uma vez por mês ou menos freqüência	2 a 4 vezes no mês	Duas-3 vezes por semana	4 vezes por semana ou mais	Assinalar o quadradinho abaixo se você usou durante recaída ou por períodos limitados
Cannabinóides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivados da Coca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinogêneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalantes/Solventes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB ou outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos sedativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco (cigarros, charutos, cachimbos de tabaco, rapé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O que é positivo para você em relação ao uso das drogas?	Nunca	Um pouco	Alguns	Muito	Totalmente
1. Durmo melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diminui a tensão, fico mais relaxado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me torno feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me torno forte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me sinto normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me torno criativo (tenho idéias, faço coisas artísticas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me torno ativo (limpo a casa, lavo a louça, lavo o carro, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Amo todo mundo e o mundo inteiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mais auto confiança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinto menos dor nas costas, no pescoço, na cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho a sensação que todas as coisa irão dar certo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A vida sem drogas é monótona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu posso controlar sentimentos como ansiedade, raiva e depressão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Com drogas eu posso funcionar socialmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Com drogas eu sinto que eu sou parte do grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu melhoro o contato com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu tiro mais da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vire a página para continuar



O que é negativo para você em relação ao uso das drogas?	Nunca	Com menor frequência do que uma vez por mês	Todo mês	Toda semana	Diariamente ou quase todos os dias
1. Durante o ano passado eu tive problemas no trabalho, na escola ou em casa por causa das drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante o ano passado eu procurei assistência médica ou hospital ou tive problemas de saúde (por exemplo: perda de memória ou hepatite) por causa das drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante o ano passado eu estive envolvido em brigas ou usei a violência sob influência das drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante o ano passado eu tive problemas com a polícia por causa das drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Um pouco	As vezes	Muito	Totalmente
5. Sentir ansiedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ter pensamentos suicidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evitar a companhia dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ter dores de cabeça ou se sentir enjoado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Piorar o contato com os amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ter problemas de concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ter menos vontade de fazer sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Arruinar as finanças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se tornar passivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A saúde piorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Desconsideração com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Destruir a vida familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ver tudo como um grande caos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O que você pensa a respeito de drogas?	Não, de jeito nenhum	Um pouco	Totalmente
1. Você gosta de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você está cansado de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você ficou preocupado sobre seu uso das drogas durante o ano passado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você está pronto para trabalhar a mudança no uso das drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Você acha que você precisa de ajuda profissional para mudar o seu uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você acredita que você possa ter uma ajuda profissional adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Você acredita que você possa ser ajudado por um tratamento profissional para o uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Você acha importante modificar seu padrão de uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Você acha difícil modificar seu padrão de uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Você alguma vez já modificou seu padrão de uso de drogas e está procurando métodos para ajudar a evitar recaídas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>