

**Il questionario è anonimo e ti preghiamo di rispondere sinceramente.
Grazie per la collaborazione**

	Data	locale	sigla intervistatore	n	x
sesto:	età	Abiti a	Nazionalità		
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			Italiano <input type="checkbox"/> Straniero <input type="checkbox"/>		

Con chi abiti?		Ultimo titolo di studio conseguito
<input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> con altri <input type="checkbox"/> da solo	Lavori? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Studi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medie <input type="checkbox"/> superiori <input type="checkbox"/> laurea

Hai mai utilizzato sostanze stupefacenti? Sì No

Hai usato sostanze stupefacenti nel corso dell'ultimo anno? Sì No

Solitamente usi sostanze da solo Sì No in compagnia Sì No

Quali di questi contesti frequenti e dove usi sostanze (F=frequenti S=sostanze)

Bar serali	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Centro sociale	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	concerto	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Pub	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Disco-pub	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	casa propria	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Birreria	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Sala giochi	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	in strada	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Discoteca	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Cocktail-bar	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	parchi pubblici	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Circolo	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Enoteca	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	stadio	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Palestra	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Rave	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	casa amici	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Scuola	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Lavoro	F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>		

Puoi indicare le sostanze che hai utilizzato?	Modalità prevalente di assunzione*	Età di primo utilizzo	Nell'ultimo anno	D=durante settimana F=fine sett	N° di volte al mese
<input type="checkbox"/> Hashish	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Marijuana	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> LSD	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ketamina	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Funghi allucinogeni	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Salvia divinorum	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Anfetamine	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Oppio	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Eroina	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Metadone grigio	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cocaina	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Crack	En Fu Sn Ma			D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ecstasy	En Fu Sn Ma		D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Popper	En Fu Sn Ma		D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Psicofarmaci	En Fu Sn Ma		D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	En Fu Sn Ma		D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

Modalità di assunzione: codifica: En: endovena; Fu: fumata; Sn: sniffata; Ma: mangiata

Hai mai assunto contemporaneamente più stupefacenti (MIX)? Si Nell'ultimo anno
Hai mai assunto contemporaneamente alcol e stupefacenti? Si Nell'ultimo anno

Hai mai avuto qualcuno di questi problemi?

Ricoveri ospedalieri connesso sostanze età ----- Quale?
 Trattamento con psicofarmaci connesso sostanze età ----- Quale?
 Problemi psichiatrici connesso sostanze età ----- Quale?

 Incidenti stradali connesso sostanze età ----- Quale?
 Problemi con la giustizia connesso sostanze età ----- Quale?

 Dipendenza connesso sostanze età ----- Quale?
 Disintossicazioni connesso sostanze età ----- Quale?
 Overdose connesso sostanze età ----- Quale?

 Problemi economici connesso sostanze età ----- Quale?

Hai avuto altri problemi tipo...

Depressione e sbalzi di umore connesso sostanze età ----- Quale?
 Ansia e attacchi di panico connesso sostanze età ----- Quale?
 Paranoia e sentimenti di persecuzione connesso sostanze età ----- Quale?
 Disturbi di memoria connesso sostanze età ----- Quale?
 Disturbi del sonno (insonnia, incubi) connesso sostanze età ----- Quale?
 Disturbi fisici e psico somatici connesso sostanze età ----- Quale?
(ad es. mal di testa, svenimenti, tachicardia, nausea, gastrite)
 Allucinazioni connesso sostanze età ----- Quale?

Solitamente quando bevi alcolici? Durante la settimana Fine settimana

Puoi indicare il tuo uso di alcolici nell'ultimo anno?

Tutti i giorni Più volte la settimana Una volta la settimana Una volta al mese

Hai mai guidato dopo aver bevuto alcolici? Si Nell'ultimo anno

Hai mai sentito la necessità di ridurre il bere? No Sì

Sei mai stato infastidito da critiche sul tuo modo di bere? No Sì

Hai mai provato disagio o senso di colpa per il tuo modo di bere? No Sì

Hai mai bevuto alcolici appena alzato? No Sì