

1 Hvilken dato er det i dag? Dag ____ Måned ____ År 20 ____

ID #: _____

2 Hvilket kjønn er du? Mann Kvinne Dersom kvinne, er du gravid? Ja Nei

3 Hva er din alder? ____ år

4 Hva er postnummeret der du bor.

5 I hvilket land bor du?

6 I hvilket land ble du født?

7 Er du utdannet helsepersonell (f.eks. lege, sykepleier, tannlege, ambulanspersonell, farmasøyt, etc)? Ja Nei

INTERNAL USE ONLY European Treatment Program (ETP)			
TAX.	SV	DM	CDL
00	EUROPAD v.02	v.02	Q3-2014

8 Før du begynte i denne behandlingen, når var du sist i rusbehandling? (Sett kryss i KUN en boks)

Mindre enn eller nøyaktig 1 måned siden Mer enn en måned siden Aldri - Gå til spørsmål 14

9 Hvor gammel var du første gang du var i rusbehandling? ____ år

10 Hvor mange ganger i livet har du vært i behandling for ruslidelse? ____ Antall ganger

11 Kom du direkte til denne behandlingen fra en annen rusbeholdingsinstitusjon Ja Nei

12 Er du for tiden i behandling for en opioid avhengighetslidelse? Ja Nei - Gå til spørsmål 14

13 Hvordan vil du beskrive din nåværende behandling? (flere valg mulig)

<input type="checkbox"/> Buprenorfin	<input type="checkbox"/> Metadon	<input type="checkbox"/> "Familieterapi"
<input type="checkbox"/> Daglig henting (Daglig fremmøte)	<input type="checkbox"/> Daglig henting (Daglig fremmøte)	<input type="checkbox"/> "Gruppeterapi"
<input type="checkbox"/> Ta-med-hjem	<input type="checkbox"/> Ta-med-hjem	<input type="checkbox"/> "Samtalerapi"
<input type="checkbox"/> Kombinert fremmøte og ta-med-hjem	<input type="checkbox"/> Kombinert fremmøte og ta-med-hjem	<input type="checkbox"/> Naltrexone
<input type="checkbox"/> Apotek	<input type="checkbox"/> Apotek	<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: _____
____ Antall ukentlige (vanligvis) observerte inntak?(0-7)	____ Antall ukentlige (vanligvis) observerte inntak?(0-7)	_____

14 Sett kryss for kun ett rusmiddel (ditt PRIMÆRE RUSMIDDEL) som du brukte mest, for å oppnå ruseffekt, før du kom til denne rusbehandlingen (velg kun ett rusmiddel)

<input type="checkbox"/> Buprenorfin	<input type="checkbox"/> Hydromorfon	<input type="checkbox"/> Tapentadol	<input type="checkbox"/> Amfetamin - IKKE produsert av et legemiddelfirma	<input type="checkbox"/> Pregabalin
<input type="checkbox"/> Kodein	<input type="checkbox"/> Metadon	<input type="checkbox"/> Tramadol	<input type="checkbox"/> THC/Cannabinoider/Marijuana - Produsert av et legemiddelfirma	<input type="checkbox"/> Gabapentin
<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Morfin	<input type="checkbox"/> Sufentanil	<input type="checkbox"/> THC/Cannabinoider/Marijuana - IKKE produsert av et legemiddelfirma	<input type="checkbox"/> Benzodiazepiner
<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Oksykodon	<input type="checkbox"/> Metylfenidat		<input type="checkbox"/> Andre, hvilke, _____
<input type="checkbox"/> Hydrokodon	<input type="checkbox"/> Oksymorfon	<input type="checkbox"/> Amfetamin - Produsert av et legemiddelfirma		

15 På hvilken måte inntok du ditt PRIMÆRE RUSMIDDEL i løpet av de siste 90 dager eller siste 90 dager før behandling? (flere valg mulig)

<input type="checkbox"/> Svelget det helt	<input type="checkbox"/> Sniffet
<input type="checkbox"/> Tygget / knust og svelget	<input type="checkbox"/> Fra huden (plaster)
<input type="checkbox"/> Opptak fra munnslimhinnen (f.eks. under tungen)	<input type="checkbox"/> Injeksjon
<input type="checkbox"/> Røyket	<input type="checkbox"/> Annet—forklar : _____

16 Hvorfra fikk du tak i ditt PRIMÆRE RUSMIDDEL? (flere valg mulig)

Stoffselger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Stjålet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Forfalsket resept	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Forskrevet fra lege		
Legeforskrevet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Tannlegeforskrevet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Annen forskriver (ikke lege eller tannlege)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Venn/Slekting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Internett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Legevakt/Ø-hjelpstjeneste	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Annet, spesifiser: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

17 Har du mottatt medisinsk behandling for: (Sett bare ETT kryss for hvert spørsmål)

	Aldri	I løpet av siste 90 dager	Lenger siden enn siste 90 dager
Heroin overdose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overdose med andre forskrevne opioider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overdose med andre stoffer (ikke heroin eller andre forskrevne opioider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I de følgende 2 sidene er det listet mange medikamentgrupper og medikamenter/rusmiddel som enkelte benytter for å oppnå rus. For hver medikamentgruppe er det listet spesifikke medikamenter og ulike måter å innta medikamentene på. For hvert medikament/rusmiddel du har brukt i løpet av de siste 90 dagene for å oppnå rus, vennligst kryss av for medikamentet/rusmiddelet du har brukt og måten du har inntatt medikamentet/rusmiddelet. For medikamentene/rusmidlene du ikke har benyttet, la feltene stå åpne.

Oksykodon For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Oksykodon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Oxycodone Actavis® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OxyNorm® kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende Oksykodon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Oxycodone Orifarm tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OxyContin® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Targiniq™ ER tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende oksykodon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
OxyNorm® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre oksykodon injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆSKE SOM SKAL DRIKES					
OxyNorm® mikst væske som skal drikkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre oksykodon mikstur til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fentanyl For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Fentanyl, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
Abstral® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effentora® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FILM/NESESPRAY					
Buquel® film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instanyl® neseppray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl film, neseppray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLASTER					
Durogesic® plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fentanyl® plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Fentanyl® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptanal® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fentanyl injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hydromorfon For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Hydromorfon (alle typer) <i>som for eksempel Palladon®</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tapentadol For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Tapentadol, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Palexia® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende tapentadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Palexia SR® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende tapentadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tramadol For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Tramadol, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Nobligan® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trampalgin® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende tramadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Nobligan® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramagetic® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende tramadol tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Morfin For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Morfin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Morfin® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende morfin tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Dolcontin® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malfin® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende morfin tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Morfin® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre morfin injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆSKE SOM SKAL DRIKES					
Oramorph® mikst. væske som skal drikkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre morfin mikstur til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Metadon For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Metadon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
Metadon® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre metadon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆSKE SOM SKAL DRIKES					
Metadon® væske som skal drikkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre metadon mikstur til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ketobemidon For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Ketobemidon, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Ketogan® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketorax® tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle andre former ketobemidon tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Ketorax® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ketobemidon injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STIKKPILLER					
Ketogan® stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ketobemidon stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Petidin For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Petidin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Petidin® injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre petidin injeksjonsvæsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STIKKPILLER					
Petidin® stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre petidin stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsettelse fra side 2) Vær vennlig å besvare disse spørsmålene om ditt rusmiddelinntak for å oppnå rus i løpet av de siste 90 dagene ved å sette kryss i riktig svaralternativ. Flere svar er mulig.

BUPRENORFIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Buprenorfin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL – EN-STOFFS PREPARAT					
Subutex® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temgesic® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre buprenorfin-tabletter (enstoffspreparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL – KOMBINASJONSPREPARAT					
Suboxone® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kobinasjonspreparater (buprenorfin/nalokson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FILM					
Suboxone® Film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre buprenorfin film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJEKSJONSVÆSKE					
Temgesic® injeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre buprenorfin injeksjonsvæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLASTER					
Norspan® plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre buprenorfin plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KODEIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Kodein, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
Codaxol tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralgin forte tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinex forte tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kodeintabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STIKKPILLER					
Paralgin forte stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralgin major stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralgin minor stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kodein stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUFENTANIL For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Sufentanil (alle typer) som for eksempel Sufenta®, Zalviso™	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HYDROKODON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Hydrokodon (alle typer) som for eksempel Hycodan®, Lortab™, Tussionex®, Vicodin®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OKSYMORFON For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Oksymorfon (alle typer) som for eksempel Opana®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HEROIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Heroin (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENZODIASEPNER For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Rivotril® tablett (clonazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobril® tablett (oxazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valium® tablett (diazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Xanor® tablett (alprazolam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepiner (Andre typer, ikke spesifisert over)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

METYLFENIDAT For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Metylfenidat, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Ritaline® / Ritalin® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende metylyfenidat tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Concerta® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equasym® tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikinet kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende metylyfenidat tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMFETAMIN - PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
Amfetamin, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (HURTIGVIRKENDE)					
Racemisk amfetamin tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dexamfetamin tablett/kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hurtigvirkende amfetamin tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL (LANGTIDSVIRKENDE)					
Adderall XR® kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyvanse® kapsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langtidsvirkende amfetamin tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMFETAMIN - IKKE PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Gate—Amfetamin (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THC/CANNABINOIDER/ MARIJUANA - PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA (Ikke oljer, matvarer osv.) For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
UKJENT FORMULERING					
THC, cannabinoider, marijuana, ukjent type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLETT/KAPSEL					
SPRAY					
Sativex® spray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THC/CANNABINOIDER/ MARIJUANA - IKKE PRODUSERT AV ET LEGEMIDDELFIRMA (inkl. oljer, matvarer osv.) For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
THC/Cannabinoider/Marijuana (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGABALIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Pregabalin (alle typer) som for eksempel Lyrica®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GABAPENTIN For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Gabapentin (alle typer) som for eksempel Neurontin®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDRE FORESKREVNE LEGEMIDLER IKKE LISTET OPP HER For å oppnå rus	Brukt for å oppnå rus i løpet av siste 90 dager	Tygget og deretter svelger i løpet av de siste 90 dager	Røyket i løpet av de siste 90 dager	Sniffet i løpet av de siste 90 dager	Injisert i løpet av siste 90 dager
Spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 For rusmidlene som er avkrysset i tabellene på sidene 2 og 3, tar du vanligvis stoffene (flere valg mulig):

- Sammen på samme tid
 - Vennligst list de stoffene du vanligvis kombinerer ved samtidig inntak: _____
- Separate inntak adskilt med minst 60 minutter i mellom
 - Vennligst list de stoffene du vanligvis inntar separat: _____
- Annet, spesifiser: _____

19 Har du noen gang vært plaget av kroniske smerter (smerter som varte minst 3 måneder, og var vedvarende eller stadig tilbakevendende)?

- Ja - Dersom Ja, vennligst svar også på spørsmål 20.
- Nei – Dersom Nei; Du har fullført undersøkelsen

20 I de følgende spørsmålene, benyttes begrepet "kronisk smerte" om smerte som har vart mer enn 3 måneder. Smerten kan enten ha vært konstant eller ha kommet som hyppige anfall. **(flere valg mulig)**

	Nei	Ja, i løpet av de siste 7 dagene	Ja, i løpet av de siste 30 dagene	Ja, i løpet av de siste 12 månedene	Ja, minst en gang i løpet av livet
Har du noen gang oppsøkt en helsearbeider (lege eller annet) på grunn av kroniske smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mottatt resept på opioide smertestillende (sterke smertestillende) for behandling mot kroniske smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du tok deg tid til å fylle ut alle spørsmålene i denne undersøkelsen!