



UIPHP
UIPHP



ART OPTI

 Онлайн конструктор ▾

 Create snapshot of instruments

 [Видео: Как использовать эту страницу.](#)

Last snapshot: 24/03/2019 10:59pm 

This page allows you to build and customize your data collection instruments one field at a time. You may add new fields or edit existing ones. New fields may be added by clicking the **Добавить поле** buttons. You can begin editing an existing field by clicking on the  **Edit** icon. If you decide that you do not want to keep a field, you can simply delete it by clicking on the  **Delete** icon. To reorder the fields, simply **drag and drop** a field to a different position within the form below. **ВНИМАНИЕ:** While in development status, all field changes will take effect immediately in real time. Are you using Action Tags yet? If not, [learn about Action Tags here.](#)

 Return to list of instruments

Текущий инструмент: **Art Opti Ukr**

[Return to edit view](#)

NOTE: Please be aware that branching logic and calculated fields will not function on this page. They only work on the survey pages and data entry forms.

Якість життя (SF-12)

У цьому опитнику запитується про вашу думку щодо власного здоров'я. Ця інформація допомагає нам краще зрозуміти, як ви почуваєтеся й наскільки добре ви здатні виконувати свої щоденні справи. Якщо вам потрібно змінити вашу відповідь, поверніться до запитання та оберіть правильний пункт. Якщо ви не знаєте, як відповісти на запитання, будь ласка, надайте найбільш підходящу з можливих відповідей.

1. У цілому ви би оцінили своє здоров'я як

* обязательное поле

- Чудове
- Дуже хороше
- Хороше
- Задовільне
- Погане

reset

Наступні запитання стосуються активностей, які ви можете виконувати протягом звичайного дня. Чи обмежує стан вашого здоров'я виконання цих дій? Якщо так, то наскільки?

2. Енергійні види діяльності, як-от біг, підйом важких предметів, участь у видах спорту, які потребують значних зусиль

* обязательное поле

- Так, сильно обмежує
- Так, трохи обмежує
- Ні, зовсім не обмежує

reset

3. Помірні фізичні навантаження, як-от пересувати стіл, пилюсосити, грати у футбол, саджати/копати картоплю

* обязательное поле

- Так, значно обмежує
- Так, трохи обмежує
- Ні, зовсім не обмежує

reset

3. Піднятися пішки по сходах на кілька прольотів

* обязательное поле

- Так, значно обмежує
- Так, трохи обмежує
- Ні, зовсім не обмежує

reset

4. Митися чи перевдягатися

* обязательное поле

- Так, значно обмежує
- Так, трохи обмежує
- Ні, зовсім не обмежує

reset

За останні чотири тижні як часто ви мали такі проблеми з роботою чи звичайною щоденною діяльністю через стан свого фізичного здоров'я?**5. Виконали менше, ніж хотілося би**

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Рідко
- Анітрохи

reset

6. Ви були обмежені у виконанні будь-якого виду робіт чи іншої діяльності

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Рідко
- Анітрохи

reset

За останні чотири тижні як часто ви мали такі проблеми з роботою чи звичайною щоденною діяльністю через будь-які емоційні проблеми (як-от відчуття депресії чи тривоги)?**7. Зробили менше, ніж хотіли**

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Рідко
- Анітрохи

reset

8. Виконували роботу чи активності менш старанно, ніж зазвичай

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Рідко
- Анітрохи

reset

9. Наскільки сильним був фізичний біль?

* обязательное поле

- Не було
- Дуже слабкий
- Слабкий
- Помірний
- Сильний
- Дуже сильний

reset

10. Якою мірою БІЛЬ заважав вам займатися вашою нормальною роботою (за винятком роботи поза домом чи хатніх справ)?

* обязательное поле

- Зовсім не заважав
- Трохи
- Помірно
- Сильно
- Дуже сильно

reset

Наступні запитання стосуються того, як ви почувалися та яким був ваш настрій протягом останніх чотирьох тижнів. Будь ласка, надайте на кожне запитання одну відповідь, яка передає ваші почуття найкраще. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів:

11. Ви почувалися спокійно та умиротворено

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Трохи часу
- Ніколи

reset

12. Ви почувалися повними сил та енергії

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Трохи часу
- Ніколи

reset

13. Ви почувалися подавлено

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Трохи часу
- Ніколи

reset

14. Ви були дуже знервованою людиною

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Трохи часу
- Ніколи

reset

15. За останні чотири тижні як часто ваше фізичне здоров'я чи емоційні проблеми заважали вашій соціальній активності (провідувати друзів, родичів тощо)

* обязательное поле

- Увесь час
- Переважну більшість часу
- Деякий час
- Рідко
- Ніколи

reset

У цьому розділі йтиметься про медикаменти, які ви, можливо, приймали чи приймаєте наразі для лікування ВІЛ. Ці запитання стосуються медикаментів, призначених вам лікарем.

1. Ви пам'ятаєте, коли ви вперше дізнались про свій ВІЛ-позитивний статус?

* обязательное поле

- Да
- Нет

reset

1а. Коли ви вперше дізнались про свій ВІЛ-позитивний статус?

* обязательное поле

  D-M-Y

2. Ви пам'ятаєте, коли ви вперше почали отримувати лікування ВІЛ?

* обязательное поле

Да
 Нет

reset

2а. Коли ви вперше почали лікування ВІЛ?

* обязательное поле

  D-M-Y

3. Чи можете ви сказати мені назву ваших ліків від ВІЛ?

Помітьте "так", якщо пацієнт називає назву ліків від ВІЛ

* обязательное поле

Да
 Нет

reset

4.

Запитання 4 не повинне ставитися пацієнту; інтерв'юер повинен відповісти на нього самостійно.

Чи містить нинішня схема лікування ДОЛУТЕГРАВІР?

Помітьте "так", якщо пацієнт згадав ДОЛУТЕГРАВІР у попередньому запитанні.

Да
 Нет

reset

5. Скільки таблеток ваших медикаментів для лікування ВІЛ ви приймете на день?

Введіть число

* обязательное поле

6. Коли вам призначалося лікування ВІЛ, чи пропонував ваш лікар вибір між різними ліками?

Так
 Ні
 Не пам'ятаю

reset

6а. При цьому, чи пояснював він вам переваги та недоліки кожного варіанту?

Так
 Ні
 Не пам'ятаю

reset

7. Скільки різних схем (комбінацій ліків) ви приймали з тих пір, коли почали вперше отримувати лікування від ВІЛ?

Введіть кількість схем (якщо = 1, перейдіть до наступного розділу)

* обязательное поле

8. Коли вам змінили режим востаннє?

  D-M-Y

9. Коли вам востаннє змінювали схему лікування ВІЛ, чи пояснював вам ваш лікар (або медсестра чи інший спеціаліст), чому це необхідно зробити?

- Так
 Ні
 Не пам'ятаю

reset

10. Коли вам востаннє змінювали схему лікування ВІЛ, чи мали ви можливість вибрати собі медикаменти?

- Так
 Ні
 Не пам'ятаю

reset

* обязательное поле

У цьому розділі ставляться запитання про туберкульоз. Запитання щодо лікування стосуються медикаментів, які були призначені вам вашим лікарем.

1. У вас коли-небудь було діагностовано туберкульоз (ТБ)?

- Так
 Ні, результати були негативними (перейдіть до наступного розділу)
 Ніколи не проходив обстеження на туберкульоз (перейдіть до наступного розділу)

reset

2. Який діагноз був установлений першим: ВІЛ чи туберкульоз?

- ВІЛ
 ТБ
 Обидва були діагностовані приблизно в один час

reset

3. Під час отримання АРТ чи почали ви лікування ТБ?

- Так.
 Ні. Якщо ні, переходите до наступного розділу

reset

4. Ви наразі приймаєте препарати для лікування туберкульозу (як-от рифампін, ізоніазид тощо)?

- Да
 Нет

reset

* обязательное поле

Відповіді, які ви надасте в цій формі, будуть використані для розвитку надання допомоги іншим людям, які вимешені приймати складне лікування. Будь ласка, зробіть усе можливе, щоби відповісти на всі запитання. Якщо ви не хочете відповідати на запитання - просто відмовтеся надавати відповідь. Якщо ви не знаєте, як відповісти на запитання, зверніться по допомогу до інтерв'юера. Дякуємо за вашу допомогу в цьому важливому дослідженні.

Будь ласка, надайте відповідь на кожне запитання.,

A. Наскільки ви впевнені в тому, що...

	Взагалі не впевнений	Не зовсім впевнений	Упевнений	Твердо впевнений
A1. ...ви можете приймати всі чи переважну більшість АРТ-препаратів згідно з вимогами?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. ...прийом АРТ-препаратів матиме позитивний вплив на ваше здоров'я?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

reset

reset

A3. ...якщо ви НЕ БУДЕТЕ приймати ці ліки точно згідно з інструкцією, ВІЛ у вашому організмі стане стійким до ліків проти ВІЛ?

reset

В. Наступні запитання стосуються вашої соціальної підтримки.

В1. Загалом наскільки ви задоволені загальною підтримкою, яку ви отримуєте від своїх друзів та членів родини?

* обязательное поле

- Дуже незадоволений
 Дещо незадоволений
 Частково задоволений
 Дуже задоволений

reset

В2. Наскільки ваші друзі чи члени родини допомагають вам не забувати приймати ліки?

- Зовсім не допомагають
 Трохи допомагають
 Допомагають
 Суттєво допомагають
 Не застосовувано

reset

С0. Чи приймали ви будь-які АРТ-медикаменти протягом останнього місяця?

- Я не приймав жодних АРТ-медикаментів протягом останнього місяця.
 Я приймав певні АРТ-медикаменти протягом останнього місяця.

reset

С. Люди можуть пропускати прийом ліків із різних причин. Далі ми розглянемо список можливих причин, через які ви могли пропустити прийом будь-яких ліків протягом останнього місяця.

За останній місяць як часто ви пропускали прийом ліків, оскільки...

	Ніколи	Дуже рідко	Кілька разів	Часто
С1. ...ви були далеко від свого дому.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
С2. ...ви були зайняті іншими справами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
С3. ...ви просто забули.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
С4. ...було забагато таблеток, які необхідно приймати.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
С5. ...ви хотіли уникнути побічних явищ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
С6. ...ви не хотіли, щоби ваше оточення бачило, як ви приймаєте ліки.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset

C7. ...виникли непередбачувані обставини.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C8. ...ви погано себе почували після прийому АРТ-препарату.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C9. ...ви проспали час прийому препарату.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C10. ...ви погано почувалися.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C11. ...у вас була депресія або ви почувалися втомленим.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C12. ...не вдалося прийняти медикаменти вчасно (з їжею, натщесерце тощо).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C13. ...у вас закінчилися таблетки.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C14. ...ви почувалися добре.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						reset	
C15. Коли ви востаннє пропустили прийом будь-якого з ваших медикаментів?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
					<input type="radio"/> Минулого тижня	<input type="radio"/> 1-2 тижні тому	<input type="radio"/> 2-4 тижні тому	<input type="radio"/> 1-3 місяці тому	<input type="radio"/> понад 3 місяці тому	<input type="radio"/> ніколи не пропускав прийом медикаментів або запитання не застосовуване	reset

Задоволеність лікуванням ВІЛ

Наступні запитання стосуються вашої схеми лікування ВІЛ-інфекції та вашого досвіду застосування цієї схеми протягом останніх чотирьох тижнів. Ваша схема лікування - це набір медикаментів, які ви приймаєте для лікування ВІЛ. Будь ласка, надайте відповідь на кожне запитання, зробивши помітку біля числа на кожній зі шкал. Менші числа означають негативніший досвід, а більші - позитивніший.

	Дуже незадоволений/ незадоволена					Дуже задоволений/ задоволена					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Наскільки сильно ви задоволені вашою нинішньою схемою АРТ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset

	Дуже погано	1	2	3	4	5	Дуже добре
2. Як ви вважаєте, наскільки добре ви контролюєте своє захворювання на ВІЛ останнім часом?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
							reset
	Дуже складно	1	2	3	4	5	Абсолютно нескладно
3. Наскільки складно дотримуватися вашого режиму лікування ВІЛ? (наприклад, стосовно часу, фізичних та розумових зусиль)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
							reset
	Абсолютно незручно	1	2	3	4	5	Дуже зручно
4. Наскільки зручним вам здається ваш режим (схема) лікування ВІЛ як частина вашої щоденної рутини останнім часом?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
							reset
	Абсолютно незадоволений/ незадоволена	1	2	3	4	5	Дуже задоволені/ задоволена
5. Ви знаєте, що у вас ВІЛ-інфекція. Наскільки ви задоволені розумінням свого стану та того, що з вами відбувається?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
							reset
	Однозначно не рекомендую	1	2	3	4	5	Однозначно рекомендую
6. Чи могли би ви рекомендувати вашу схему лікування ВІЛ іншій ВІЛ-позитивній людині?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
							reset
	Абсолютно не впевнений/ не впевнена	1	2	3	4	5	Повністю впевнений/ впевнена
7. Наскільки сильно ви впевнені в тому, що ПРОДОВЖИТЕ своє лікування ВІЛ із застосуванням нинішньої схеми лікування?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
							reset
Наступні запитання стосуються симптомів, які ви могли мати протягом останніх чотирьох тижнів. Використовуючи шкалу, оцініть, будь ласка, наскільки ви були стурбовані кожним із симптомів.							

	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
1. Втома чи втрата енергії? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
2. Температура, озноб чи пітливість? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
3. Запаморочення? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
4. Біль, оніміння або поколювання в руках чи ногах? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
5. Проблеми зі запам'ятовуванням? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
6. Нудота чи блювота? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
7. Діарея чи закрепи? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
8. Почувалися сумним чи пригніченим? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset

	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
9. Почувалися знервованим чи неспокійним? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
10. Безсоння? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
11. Проблеми зі шкірою, як-от висипи, сухість чи свербіж? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
12. Кашель чи задишка? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
14. Головний біль? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
14. Втрата апетиту чи зміна смаку їжі? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
15. Вздуття живота, біль у шлунку чи відрижка? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
16. Біль у м'язах або в суглобах? * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset

	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
17. Проблеми зі сексом, як-от втрата інтересу чи відсутність задоволення? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Нема такого симптому	Є, проте не турбує	Є, проте турбує не суттєво	Є й помітно мене турбує	Є й сильно мене турбує
18. Зміни в зовнішності: жирові відкладення чи збільшення ваги? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
Для кожного з наступних тверджень виберіть, будь ласка, той варіант відповіді, який найкраще описує те, як часто ви почувалися чи поводитися протягом МИНУЛОГО ТИЖНЯ. Оберіть лише один варіант.					
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)	
1. Вас турбували речі, які вас зазвичай не турбують. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)	
2. У вас були проблеми з тим, щоби зосередитися на тому, що ви робили. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)	
3. Ви почувалися пригнічено (в депресії). * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)	
4. Ви відчували, що все, що ви робили, потребувало від вас зусиль. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)	
5. Ви були сповнені надій на майбутнє. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					reset

	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)
6. Ви відчували страх. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)
7. Ваш сон був неспокійним. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)
8. Ви були щасливі. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)
9. Ви почувалися самотньо. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset
	Рідко чи жодного разу (до 1 дня)	Час від часу (1-2 дні)	Час від часу або помірну кількість часу (3-4 дні)	Більшу частину чи весь час (5-7 днів)
10. Ви не могли почати нічого робити. * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				reset

Я збираюся поставити вам запитання про ваш досвід використання речовин протягом всього вашого життя та протягом останніх трьох місяців. Ці речовини можна курити, ковтати, вдихати, вводити ін'єкційним шляхом чи приймати у формі таблеток (показати картку з ліками). Деякі з перелічених речовин можуть бути призначені лікарем (наприклад, амфетаміни, седативні препарати, знеболюючі препарати). Для цього інтерв'ю ми не будемо записувати ліки, які вам призначив ваш лікар. Проте якщо ви приймали такі ліки без призначення чи частіше або в більших дозуваннях, ніж це було прописано, повідомте мені про це. Можете бути впевненими, що ваша інформація буде розглядатися строго конфіденційно.

УВАГА!!!
Якщо всі відповіді в цьому розділі негативні, поставте уточнювальне запитання: "Навіть коли ви були в школі?"

Розділ 1. Які з перелічених речовин ви коли-небудь використовували у своєму житті? (НЕМЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ)

	TAK	HI	
1.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні цигарки тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзازی, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.6. Інгалянти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.7. Седативні та/або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset

	TAK	НІ	
1.9. Опіоїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіоїди (ширка, чорна тощо)) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.10. Інші наркотики * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
1.10.1. Вкажіть інші наркотики * обязательное поле	<input type="text"/>		
Розділ 2. Протягом вашого життя які з перелічених речовин ви коли-небудь вводили ін'єкційним шляхом? (НЕМЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ)			
	TAK	НІ	
2.1. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
	TAK	НІ	
2.2. Симулятори амфетамінового ряду (екзازی, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
	TAK	НІ	
2.3. Седативні та/або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
	TAK	НІ	
2.4. Опіоїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіоїди (ширка, чорна тощо))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
	TAK	НІ	
2.5. Інші наркотики? * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
Розділ 3. За ОСТАННІ ТРИ (3) МІСЯЦІ як часто ви використовували згадані вами речовини?			

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні сигарки тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзазі, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.6. Інгалянти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.7. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.9. Опіоїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіоїди (ширка, чорна тощо)) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
3.10. Інші наркотики * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
Розділ 4. ОСТАННІ ТРИ (3) МІСЯЦІ як часто ви використовували згадані вами речовини ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ?					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
4.1. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
4.2. Симулятори амфетамінового ряду (екзازی, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
4.3. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
4.4. Опіоїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіоїди (ширка, чорна тощо)) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
4.5. Інші наркотики * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					
Розділ 5. За останні три місяці як часто ви мали сильне бажання вжити/використати:					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні сигарки тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзазі, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.6. Інгаланти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reset					

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.7. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.9. Опіюїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіюїди (ширка, чорна тощо)) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
5.10. Інші наркотики * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
Розділ 6. Як часто протягом останніх трьох місяців використання вами цих речовин призводило до проблем зі здоров'ям, соціальних, юридичних чи фінансових проблем?					
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні сигарки тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обов'язкове поле <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзазі, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.6. Інгаланти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.7. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.9. Опіоїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіоїди (ширка, чорна тощо)) <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
6.10. Інші наркотики <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
Розділ 7. За останні три місяці як часто ви не виконували того, що повинні були чи що він вас очікувалося, через використання вами таких речовин?					

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні сигарки тощо) * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзазі, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.6. Інгалянти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.7. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обов'язательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset

	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.9. Опіюїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіюїди (ширка, чорна тощо)) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
	Ніколи	Один чи два рази	Раз на місяць	Раз на тиждень	Приблизно щодня
7.10. Інші наркотики * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					reset
Розділ 8. Хто-небудь із вашого близького оточення (друг, родич чи співробітник) висловлював стурбованість із приводу використаннями вами таких речовин?					
<i>Запитайте для ВСІХ коли-небудь використовуваних у житті речовин.</i>					
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців		
8.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні цигарки тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців		
8.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців		
8.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset

	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обов'язкове поле <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзазі, бовтушка, джефф, гвинт, первитин тощо) * <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.6. Інгалянти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) * <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.7. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) * <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.9. Опіюїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіюїди (ширка, чорна тощо)) * <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.10. Інші наркотики * <small>* обязательное поле</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset

Розділ 9. Ви коли-небудь намагалися й не були в змозі контролювати, скоротити чи припинити використання таких речовин?

Запитайте для ВСІХ коли-небудь використовуваних у житті речовин.

	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.1. Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн, сигари, електронні цигарки тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.2. Алкогольні напої (пиво, вино, міцні спиртні напої тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.3. Конопля (марихуана, план, трава тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.4. Кокаїн (кокс, крек тощо) * обов'язкове поле * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.5. Симулятори амфетамінового ряду (екзازی, бовтушка, джефф, гвинт, первітин тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.6. Інгалянти (закис азоту, клей, бензин, розчинник тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset

	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.7. Седативні або снодійні засоби (валіум, седуксен, себазон, рогіпнол тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
8.8. Галюциноцени (ЛСД, кислота, гриби тощо) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.9. Опіюїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн, дезоморфін, нелегальний метадон або бупренорфін чи домашні опіюїди (ширка, чорна тощо)) * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
	Ні, ніколи	Так, протягом останніх трьох місяців	Так, але не протягом останніх трьох місяців
9.10. Інші наркотики * обязательное поле	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			reset
1. Ви коли-небудь брали участь у програмах лікування наркотичної чи алкогольної залежності? * обязательное поле		<input type="radio"/> Так, у програмі ЗПТ (метадон чи бупренорфін) <input type="radio"/> Інша програма <input type="radio"/> Ні	reset
2. Ви наразі зареєстровані в програмі лікування наркотичної чи алкогольної залежності? * обязательное поле		<input type="radio"/> Так, у програмі ЗПТ (метадон чи бупренорфін) <input type="radio"/> Інша програма <input type="radio"/> Ні	reset
Вживання алкоголю Наступна серія запитань стосується вживання алкоголю. Під уживанням алкоголю ми маємо на увазі вживання вами вина, пива, горілки (чи будь-якого іншого алкоголю, як-от коньяку/віскі). Ця інформація буде використана лише дослідницькою командою та не буде розкрита персоналу.			
Як часто ви вживаєте напої, які містять алкоголь? * обязательное поле		<input type="radio"/> Ніколи <input type="radio"/> Раз на місяць чи рідше <input type="radio"/> 2-4 рази на місяць <input type="radio"/> 2-3 рази на тиждень <input type="radio"/> 4+ рази на тиждень	reset

Скільки напоїв ви вживаєте в звичайний день, коли п'єте?

* обязательное поле

- Жодного
 1 чи 2
 3 чи 4
 5 чи 6
 7-9
 10 чи понад 10

reset

Як часто ви вживаєте чотири або понад чотири напоїв за раз?

* обязательное поле

- Ніколи
 Менша ніж раз на місяць
 Раз на місяць
 Раз на тиждень
 Щоденно або майже щоденно

reset

Розділ 1. За останні тридцять днів скільки грошей ви витратили на:

1.1. Транспорт для поїздок у медичний центр чи лікарню.

* обязательное поле

1.2. Призначені лікарем медикаменти для лікування опортуністичних інфекцій.

1.3. Призначені лікарем медикаменти для лікування побічних реакцій.

* обязательное поле

1.4. Інші призначені лікарем медикаменти.

* обязательное поле

1.5. Інші терапевтичні продукти: вітаміни, харчові добавки тощо.

1.6. Добровільні внески для медичних закладів.

* обязательное поле

1.7. Лабораторну діагностику поза медичними закладами (клініки ВІЛ).

1.8. Радіологічні обстеження поза медичними закладами (клініки ВІЛ).

Розділ 2. За останні тридцять днів скільки днів ви не могли піти на роботу, в школу чи займатися вашими звичайними справами через погане самопочуття?

2.1. Вкажіть кількість днів

Розділ 3. За останні тридцять днів скільки днів ви не могли піти на роботу, в школу чи займатися вашими звичайними справами через ваші візити в медичний заклад?

3.1. Вкажіть кількість днів

Розділ 4. Скільки годин у середньому ви зазвичай проводите в медичному закладі в день вашого візиту до медиків?

4.1. Вкажіть кількість годин:

- < 1 години
 1-2 години
 2-3 години
 3-5 годин
 5-8 годин
 >8 годин

reset

Демографія**Ваша стать**

* обязательное поле

Будь ласка, вкажіть місяць вашого народження:

* обязательное поле

Будь ласка, вкажіть рік вашого народження:

* обязательное поле

Як би ви описали свій поточний статус сімейний/стосунків

* обязательное поле

- Незаміжня/неодружений, у шлюбі ніколи не перебував/ла
 Шлюб зареєстрований і живемо разом/ незареєстрований шлюб (живемо разом)
 Живу окремо/розведений/а й наразі самотній/а
 Вдова/вдівець і наразі самотня/ій

reset

Яким є найвищий ступінь отриманої вами освіти:

* обязательное поле

- Нема освіти
 Закінчив/ла початкову школу (1-4 класи)
 Неповна середня освіта (5-9 класи)
 Повна середня освіта (10-12 класи)
 Закінчена професійно-технічна освіта (ПТУ, технікум, коледж)
 Неповна вища освіта (закінчив 3(4) роки навчання в інституті)
 Повна вища освіта

reset

Як найкраще описати умови вашого проживання на сьогодні?

* обязательное поле

- Моє власне житло (власник)
 Квартира/будинок, який я орендую
 Житло моєї родини
 Житло мого друга (зокрема партнера (хлопця/дівчини))
 Гуртожиток/готель (тимчасове житло)
 Бездомний
 Інше

reset

Інші умови проживання, будь ласка, уточніть

* обязательное поле

Ви зараз живеєте один/а?

* обязательное поле

- Да
 Нет

reset

Люди, які проживають разом із вами, підтримували/ють вас у тому, щоби почати або продовжити приймати ЗПТ?

* обязательное поле

- Всі підтримують
 Деякі підтримують, деякі не підтримують
 Ніхто не підтримує
 Ніхто не знає, що я на ЗПТ чи планую почати

reset

Як би ви описали свою зайнятість наразі?

* обязательное поле

- Повна зайнятість
 Часткова зайнятість
 Тимчасова/сезонна
 Студент
 Безробітній, проте активно шукаю
 Безробітній і не шукаю

reset

Які з перелічених нижче додаткових джерел входять до вашого ЗАГАЛЬНОГО щомісячного доходу?

* обязательное поле

- Здача в оренду (житла, машини тощо)
 Соціальні виплати (пенсія, допомога тощо)
 Обмін товарів на гроші
 Винагорода за сексуальні послуги
 Торгівля наркотиками
 Інший варіант
 Нічого з переліченого вище

Інше джерело доходу, уточніть, будь ласка

* обязательное поле

Скільки в загальному ви отримали з легальних та нелегальних джерел минулого місяця? (грн.)

* обязательное поле