

Drug Checking	No <input type="checkbox"/>
	Sì <input type="checkbox"/>

Sostanza/e (Se Drug Checking: Sì)	<input type="checkbox"/> Cannabis contenente THC (erba, hashish, olio, ecc.) <input type="checkbox"/> Cannabis contenente CBD (erba, hashish, olio, ecc.) <input type="checkbox"/> MDMA (ecstasy, cristalli) <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> Anfetamina (speed) <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Psilos / Funghi allucinogeni <input type="checkbox"/> Ketamina <input type="checkbox"/> 2C-B <input type="checkbox"/> Gas esilarante <input type="checkbox"/> Popper <input type="checkbox"/> GHB / GBL <input type="checkbox"/> Metanfetamina (crystal, pillole thai) <input type="checkbox"/> Catinoni (mefedrone (4-MMC) / metefedrone (3-MMC) / ortometefedrone (2-MMC) / clophedrone (3-CMC) / clefedrone (4-CMC) / metilone (MDMC) / α -PVP, ecc.) → Quali? <input type="checkbox"/> 2C-X <input type="checkbox"/> Cannabinoidi sintetici <input type="checkbox"/> Altri NPS <input type="checkbox"/> Farmaci per la potenza erettile / afrodisiaci → Quali? <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (Xanax® (alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (clonazepam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazepam), Temesta® (lorazepam), Lexotanil® (bromazepam), Seresta® (oxazepam) ecc.) → Quali? <input type="checkbox"/> Eroina <input type="checkbox"/> Farmaci oppioidi (Ossicodone, tramadolo, Makatussin® (codeina), tilidina ecc.) → Quali? <input type="checkbox"/> Altri oppioidi (fentanil, derivati dei nitazeni, ecc.) <input type="checkbox"/> Farmaci per il trattamento dell'ADHD (Ritalin®, Concerta® (entrambi metilfenidati), Elvanse® ecc.) → Quali? <input type="checkbox"/> Altri farmaci (Lyrica® (pregabalina), Bexin® (destrometorfano DXM), difenidramina (DPH), Cipralex® (escitalopram), ecc.) → Quali? <input type="checkbox"/> Piante psicoattive (mescalina, morella comune, salvia divinorum, DMT, oppio ecc.) → Quali? <input type="checkbox"/> Anabolizzanti <input type="checkbox"/> Altra sostanza
---	--

Hai già consumato in passato la o e sostanze che vuoi fare analizzare oggi?	No <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/>	
Come prevedi di consumare la o le sostanze?	Fumare <input type="checkbox"/>	
	Per via nasale (sniffare) <input type="checkbox"/>	
	Per via orale (mangiare, bere) <input type="checkbox"/>	
	Per via intravenosa <input type="checkbox"/>	
	Per via intramuscolare <input type="checkbox"/>	
	Per via inalatoria <input type="checkbox"/>	
	Per via rettale <input type="checkbox"/>	
	Altro <input type="checkbox"/>	Precisare _____
Fai uso di questa o di questo gruppo di sostanze per la prima volta?	No <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/>	
Applichi le raccomandazioni del consumo più sicuro (safer use) per fare uso della o delle sostanze che vuoi fare analizzare?	No <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/>	Quali?
Sospetti la presenza di sostanze da taglio nella sostanza che vuoi fare analizzare?	No <input type="checkbox"/>	
	Non lo so <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/>	
Pensa che la sostanza consegnata sia diversa da quella dichiarata (falsa dichiarazione)?	No <input type="checkbox"/>	
	Non lo so <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/>	
Dove ti sei procurato la sostanza analizzata (persona che consegna la sostanza)?	Strada <input type="checkbox"/>	
	Ambito privato (appartamento / altri ambienti privati) <input type="checkbox"/>	
	Party/evento <input type="checkbox"/>	
	Internet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Darknet
		<input type="checkbox"/> Clearnet
	Social Media / Servizi di messaggia <input type="checkbox"/>	
	Produzione propria <input type="checkbox"/>	
	Natura (p. es. funghi) <input type="checkbox"/>	
	Trovato <input type="checkbox"/>	
	Regalato <input type="checkbox"/>	
	Altro <input type="checkbox"/>	

Avete già compilato il questionario in questo anno solare?

No ¹

Sì ²

¹ Questionario standard

² Questionario breve

Questionario breve

Hai consumato una delle seguenti sostanze negli ultimi 30 giorni?	Quanto spesso?				
	Mai	Ogni 1-2 giorni	Ogni 3-9 giorni	Ogni 10-19 giorni	Ogni 20 giorni
Alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabacco / prodotti contenenti nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenente THC (erba / hashish / olio, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenente CBD (erba / hashish / olio, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA (ecstasy / cristalli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetamine (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psilos / Funghi allucinogeni/ Magic Mushrooms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gas esilarante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanfetamina (crystal, pillole thai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catinoni (mefedrone (4-MMC) / metefedrone (3-MMC) / ortometefedrone (2-MMC) / clophedrone (3-CMC) / clefedrone (4-CMC) / metilone (MDMC) / α -PVP, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoidi sintetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri NPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci per la potenza erettile / afrodisiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine Xanax® (alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (clonazepam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazepam), Temesta® (lorazepam), Lexotanil® (bromazepam), Seresta® (oxazepam) ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci oppioidi Ossicodone, tramadolo, Makatussin® (codeina), tilidina ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri oppioidi Fentanil, derivati del nitrato, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci per il trattamento dell'ADHD Ritalin®, Concerta® (entrambi metilfenidati), Elvanse® ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri farmaci Lyrica® (pregabalina), Bexin® (destrometorfano DXM), difenidramina (DPH), Cipralex® (escitalopram), ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piante psicoattive (mescalina, morella comune, salvia divinorum, DMT, oppio ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra sostanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come è cambiato il tuo consumo negli ultimi 30 giorni?

- Ho consumato di più / più a rischio
- Il mio consumo non è cambiato / è cambiato poco
- Ho consumato meno / meno a rischio

Qual è stata la motivazione che ti ha spinto a consumare?

- Per fare festa / divertirmi
- Per farmi piacere
- Per espandere la mia coscienza / intensificare le percezioni (p. es. Musica, colori)
- Per curiosità / per sperimentare
- Per noia / abitudine
- Per stimolare la creatività
- Per vivere un'esperienza spirituale
- Per contrastare lo stress
- Per potenziare / attenuare l'effetto di un'altra sostanza psicoattiva
- Per migliorare le prestazioni al lavoro / negli studi (p. es. per contrastare la stanchezza)
- Per stimolare / arricchire la vita sessuale
- Per ridurre l'appetito / per mantenere il peso costante / per perdere peso
- Perché gli amici/le amiche consumano queste sostanze
- Per automedicarmi
- Riflessione
- Craving (o voglia di riconsumarne)

Ti capita di usare una sostanza anche se avevi deciso di non farne uso?

- Mai
- A volte
- Spesso

Consumo misto

Negli ultimi 12 mesi, hai consumato sostanze simultaneamente o in rapida successione? (alcol incluso, tabacco escluso)	No	<input type="checkbox"/>
	Sì	<input type="checkbox"/>
Ti capita di mischiare l'alcol con:		
- GHB/GBL		<input type="checkbox"/>
- Eroina		<input type="checkbox"/>
- Benzodiazepine		<input type="checkbox"/>
- Farmaci oppioidi		<input type="checkbox"/>
- Altri farmaci (sedativi)		<input type="checkbox"/>

Uso di sostanze e pratiche sessuali

Hai già fatto uso di sostanze prima o durante un rapporto sessuale?	No	<input type="checkbox"/>
	Sì	<input type="checkbox"/> Sostanza/e
Per quale motivo?	Per arricchire la mia vita sessuale (per durare più a lungo, per intensificare il rapporto sessuale, ...)	<input type="checkbox"/>
	Per partecipare a feste sex-positive, ChemSex o fetish	<input type="checkbox"/>
	Per disinibirsi sessualmente (il sesso senza sostanze è difficile/impossibile)	<input type="checkbox"/>
	Per intraprendere certe pratiche sessuali (sesso anale, sesso di gruppo, ...)	<input type="checkbox"/>
	È successo senza che fosse pianificato	<input type="checkbox"/>

Dopo aver consumato delle sostanze psicoattive, ti è mai successo di vivere una delle seguenti esperienze/situazioni? (più risposte possibili)	
Conseguenze a livello psichico	
Bad Trip (sovraccarico psicologico)	<input type="checkbox"/>
Morale basso / Sentimenti depressivi / Mancanza di motivazione	<input type="checkbox"/>
Attacchi di paura o di panico	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>
Stati psicotici (sensazione di minaccia / deliri di persecuzione / paranoia)	<input type="checkbox"/>
Conseguenze a livello fisico	
Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>
Sovradosaggio (alcol incluso)	<input type="checkbox"/>
Palpitazioni	<input type="checkbox"/>
Crisi epilettica	<input type="checkbox"/>
Altre malattie (malattie cardiovascolari, problemi al fegato / ai reni, ...)	<input type="checkbox"/>
Conseguenze a livello sociale	
Problemi in famiglia o di coppia	<input type="checkbox"/>
Problemi con gli amici	<input type="checkbox"/>
Problemi a scuola / al lavoro	<input type="checkbox"/>
Procedure con la polizia (controlli, multe, ritiro della patente), procedimenti penali	<input type="checkbox"/>
Problemi economici / debiti	<input type="checkbox"/>

Comportamenti a rischioRegole del Safer Sex non rispettate Guida di un veicolo sotto l'influsso di sostanze psicoattive o dell'alcol

(tutti i veicoli per i quali è richiesta la patente: auto, moto, ciclomotore, bicicletta elettrica > 25 km/h, ...)

Diresti che sei o sei stato dipendente da una delle sostanze consumate?in passato

Di quale sostanza/di quali sostanze? _____

attualmente

Di quale sostanza/di quali sostanze? _____

Sei soddisfatto del tuo consumo di sostanze o del tuo comportamento legato al consumo di sostanze?«soddisfatto» «piuttosto soddisfatto» «piuttosto insoddisfatto» «insoddisfatto» **Hai già provato a cambiare il tuo consumo?**No Sì **In relazione con quale sostanza o sostanze?**
_____**Come?**Da solo/a Con l'aiuto di amici e/o famigliari Con l'aiuto di professionisti **Vuoi cambiare qualcosa nel tuo consumo?**No Sì **In relazione con quale sostanza o sostanze?**
_____**Come?**Da solo/a Con l'aiuto di amici e/o famigliari Con l'aiuto di professionisti **Hai già chiesto aiuto ad un/a professionista a causa del tuo consumo?**
(più risposte possibili)No Sì **Quale?**Pronto soccorso Trattamento medico ambulatoriale Trattamento medico ospedaliero Psichiatra o psicologo/a Consulenza sociale e/o tossicologica ambulatoriale

Questionario per interventi mobili

<p>Con quante persone condividi la sostanza?</p>	<p>Numero _____ // con nessuno <input type="checkbox"/></p>
<p>Quali sostanze avete già assunto oggi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cannabis contenente THC (erba, hashish, olio, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabis contenente CBD (erba, hashish, olio, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> MDMA (ecstasy, cristalli)</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaina</p> <p><input type="checkbox"/> Anfetamina (speed)</p> <p><input type="checkbox"/> LSD</p> <p><input type="checkbox"/> Psilos / Funghi allucinogeni/ Magic Mushrooms</p> <p><input type="checkbox"/> Ketamina</p> <p><input type="checkbox"/> 2C-B</p> <p><input type="checkbox"/> Gas esilarante</p> <p><input type="checkbox"/> Popper</p> <p><input type="checkbox"/> GHB / GBL</p> <p><input type="checkbox"/> Metanfetamina (crystal, pillole thai)</p> <p><input type="checkbox"/> Catinoni (mefedrone (4-MMC) / metefedrone (3-MMC) / ortometefedrone (2-MMC) / clophedrone (3-CMC) / clefedrone (4-CMC) / metilone (MDMC) / α-PVP, ecc.) → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> 2C-X</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabinoidi sintetici</p> <p><input type="checkbox"/> Altri NPS</p> <p><input type="checkbox"/> Farmaci per la potenza erettile / afrodisiaci → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazepine (Xanax® (alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (clonazepam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazepam), Temesta® (lorazepam), Lexotanil® (bromazepam), Seresta® (oxazepam) ecc.) → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Eroina</p> <p><input type="checkbox"/> Farmaci oppioidi (Ossicodone, tramadolo, Makatussin® (codeina), tilidina ecc.) → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Altri oppioidi (fentanil, derivati dei nitazeni, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Farmaci per il trattamento dell'ADHD (Ritalin®, Concerta® (entrambi metilfenidati), Elvanse® ecc.) → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Altri farmaci (Lyrica® (pregabalina), Bexin® (destrometorfano DXM), difenidramina (DPH), Cipralex® (escitalopram), ecc.) → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Piante psicoattive (mescalina, morella comune, salvia divinorum, DMT, oppio ecc.) → Quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Anabolizzanti</p> <p><input type="checkbox"/> Sostanza sconosciuta</p> <p><input type="checkbox"/> Altra sostanza</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna</p>
<p>Quale/i sostanza/e pensate consumare ancora oggi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cannabis contenente THC (erba, hashish, olio, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabis contenente CBD (erba, hashish, olio, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> MDMA (ecstasy, cristalli)</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaina</p>

- Anfetamina (speed)
- LSD
- Psilos / Funghi allucinogeni/ Magic Mushrooms
- Ketamina
- 2C-B
- Gas esilarante
- Popper
- GHB / GBL
- Metanfetamina (crystal, pillole thai)
- Catinoni (mefedrone (4-MMC) / metefedrone (3-MMC) / ortometefedrone (2-MMC) / clophedrone (3-CMC) / clefedrone (4-CMC) / metilone (MDMC) / α -PVP, ecc.) → Quali?
- 2C-X
- Cannabinoidi sintetici
- Altri NPS
- Farmaci per la potenza erettile / afrodisiaci → Quali?
- Benzodiazepine (Xanax® (alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (clonazepam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazepam), Temesta® (lorazepam), Lexotanil® (bromazepam), Seresta® (oxazepam) ecc.) → Quali?
- Eroina
- Farmaci oppioidi (Ossicodone, tramadolo, Makatussin® (codeina), tilidina ecc.) → Quali?
- Altri oppioidi (fentanil, derivati dei nitazeni, ecc.)
- Farmaci per il trattamento dell'ADHD (Ritalin®, Concerta® (entrambi metilfenidati), Elvanse® ecc.) → Quali?
- Altri farmaci (Lyrica® (pregabalina), Bexin® (destrometorfano DXM), difenidramina (DPH), Ciprallex® (escitalopram), ecc.) → Quali?
- Piante psicoattive (mescalina, morella comune, salvia divinorum, DMT, oppio ecc.)
- Quali?
- Anabolizzanti
- Sostanza sconosciuta
- Altra sostanza
- Nessuna

Qual è stata la motivazione che ti ha spinto a consumare?

- Per fare festa / divertirmi
- Per farmi piacere
- Per espandere la mia coscienza / intensificare le percezioni (p. es. Musica, colori)
- Per curiosità / per sperimentare
- Per noia / abitudine
- Per stimolare la creatività
- Per vivere un'esperienza spirituale
- Per contrastare lo stress
- Per potenziare / attenuare l'effetto di un'altra sostanza psicoattiva
- Per migliorare le prestazioni al lavoro / negli studi (p. es. per contrastare la stanchezza)
- Per stimolare / arricchire la vita sessuale
- Per ridurre l'appetito / per mantenere il peso costante / per perdere peso
- Perché gli amici/le amiche consumano queste sostanze
- Per automedicarmi
- Riflessione
- Craving (o voglia di riconsumarne)

Hai consumato una delle seguenti sostanze negli ultimi 30 giorni?	Quanto spesso?				
	Mai	Ogni 1-2 giorni	Ogni 3-9 giorni	Ogni 10-19 giorni	Ogni 20 giorni
Alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabacco / prodotti contenenti nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenente THC (erba / hashish / olio, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenente CBD (erba / hashish / olio, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA (ecstasy / cristalli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetamine (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psilos / Funghi allucinogeni/ Magic Mushrooms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gas esilarante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanfetamina (crystal, pillole thai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catinoni (mefedrone (4-MMC) / metefedrone (3-MMC) / ortometefedrone (2-MMC) / clophedrone (3-CMC) / clefedrone (4-CMC) / metilone (MDMC) / α -PVP, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cannabinoidi sintetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri NPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci per la potenza erettile / afrodisiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine Xanax® (alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (clonazepam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazepam), Temesta® (lorazepam), Lexotanil® (bromazepam), Seresta® (oxazepam) ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci oppioidi Ossicodone, tramadolo, Makatussin® (codeina), tilidina ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri oppioidi Fentanil, derivati del nitrato, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci per il trattamento dell'ADHD Ritalin®, Concerta® (entrambi metilfenidati), Elvanse® ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri farmaci Lyrica® (pregabalina), Bexin® (destrometorfano DXM), difenidramina (DPH), Cipralex® (escitalopram), ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piante psicoattive (mescalina, morella comune, salvia divinorum, DMT, oppio ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra sostanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Applichi le raccomandazioni del consumo più sicuro (safer use) per fare uso della o delle sostanze che vuoi fare analizzare?	No	<input type="checkbox"/>
	Sì	<input type="checkbox"/>
	Non lo so	<input type="checkbox"/>
Ti capita di usare una sostanza anche se avevi deciso di non farne uso?	Mai	<input type="checkbox"/>
	A volte	<input type="checkbox"/>
	Spesso	<input type="checkbox"/>
Attualmente sei soddisfatto/a del tuo consumo?	Sì	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Modulo aggiuntivo per minori

<p>Come ti informi sulle sostanze? (più risposte possibili)</p>	<p>Internet (web, social media, ...) <input type="checkbox"/></p> <p>Stampa (opuscoli, libri di saggistica, riviste, ...) <input type="checkbox"/></p> <p>Amici/altre persone che consumano <input type="checkbox"/></p> <p>Non mi informo <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (precisare): _____</p>
<p>Con chi puoi parlare del tuo consumo di sostanze / delle sostanze? (più risposte possibili)</p>	<p>Amici / conoscenti <input type="checkbox"/></p> <p>Membri della famiglia (genitori, fratelli, sorelle, zii, zie, nonni, ...) <input type="checkbox"/></p> <p>Altro: <input type="checkbox"/></p> <p>Precisare: _____</p> <p>Con nessuno <input type="checkbox"/></p>
<p>Quanto spesso consumi da solo/a?</p>	<p>Mai <input type="checkbox"/></p> <p>Qualche volta <input type="checkbox"/></p> <p>Quasi sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Sempre <input type="checkbox"/></p>
<p>Stabilisci tu stesso i limiti o delle regole di consumo?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p><i>Come / quali?</i></p> <p>Non consumare da solo/a <input type="checkbox"/></p> <p>Preservare alcuni ambiti della mia vita dal consumo (p. es. scuola, lavoro) <input type="checkbox"/></p> <p>Acquistare determinate quantità, frequenze <input type="checkbox"/></p> <p>Non consumare in caso di cattive condizioni psicofisiche <input type="checkbox"/></p> <p>Limitare la frequenza/la quantità <input type="checkbox"/></p> <p>Altro: _____</p>