

PERTANYAAN TAMBAHAN MENGENAI PENGGUNAAN OBAT-OBATAN

Nama Calon Tertanggung : _____ Umur : _____ tahun

Nomor SPAJ : _____ No. KTP/SIM/Paspor : _____

No.	Pertanyaan	Penjelasan																														
1	Apakah Anda pernah mengonsumsi obat-obatan di bawah ini yang bukan bertujuan pengobatan atau bukan atas saran dokter? a) Amphetamines b) Steroid / Anabolic Steroids (<i>roids, gear, juice etc.</i>) c) Barbiturates (Amytal, fenobarbital dll) d) Cannabis (Marijuana, Hashish, dll) e) Kokain f) Golongan Opium (Heroin, Methadone, Morphine, dll) g) Larutan / Hisap (<i>lem, aerosol, thinners, nitrous oxide, petrol dll.</i>) h) Hallucinogens (<i>magic mushrooms, LSD, acid dll.</i>) i) Lain-lain / Others	☐ Ya ☐ Tidak Jika "Ya", lengkapi kolom di bawah ini : <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Jenis obat/alkohol yang dikonsumsi</th><th>Saat mulai mengonsumsi</th><th>Saat menghentikan pemakaian</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Jenis obat/alkohol yang dikonsumsi	Saat mulai mengonsumsi	Saat menghentikan pemakaian																											
Jenis obat/alkohol yang dikonsumsi	Saat mulai mengonsumsi	Saat menghentikan pemakaian																														
2	Apakah Anda pernah menderita sakit sebagai akibat penggunaan obat terlarang seperti Hepatitis B, C, HIV, AIDS atau komplikasinya? Apakah Anda pernah menjalani tes HIV, Hepatitis B atau Hepatitis C? Jika "Ya", jelaskan.	Jika "ya" mohon sebutkan jenis penyakitnya, kapan dan nama & alamat dokter/Rumah Sakit yang merawat.																														
3	Riwayat Perawatan Apakah Anda pernah mendapat perawatan /pengobatan medis atas ketergantungan obat-obatan atau menjalani proses detoxifikasi? Apakah Anda telah dinyatakan bebas dari pengaruh obat-obatan terlarang? Jika "Ya" sebutkan tanggalnya.	Jika "ya" mohon sebutkan tanggal perawatan dan nama serta alamat dokter/RS/Tempat rehabilitasi yang merawat.																														
4	Riwayat Konseling Apakah Anda mengikuti perkumpulan konseling untuk kecanduan alkohol, narkotik atau hal yang serupa? Jika ya, sebutkan : a) Kapan b) Seberapa sering Anda mengikuti pertemuan c) Dalam 6 bulan terakhir berapa kali Anda menghadiri pertemuan ? d) Apakah Anda aktif dalam perkumpulan tersebut																															
5	Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena ketergantungan diatas.																															

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan. Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tanggal : _____

Nama lengkap dan tanda tangan Pemegang Polis