



COBATEST FORMULARI DE RECOLLIDA DE DADES PROVA VIH

Nom del centre CBVCT: _____

Ciutat del centre CBVCT: _____

Data de la visita:
Dia Mes Any

Lloc de realització de la prova:

- oficina CBVCT Lloc públic (farmàcia, llibreria)
 Carrer/furgoneta Lloc d'entreteniment (cafè, bar...)
 Lloc treball sexual Lloc d'intercanvi de xeringues
 Sauna/lloc de trobades sexuals Altre: _____

Identificador únic de la persona usuària (COBATEST)

Gènere (0 home cis, 1 dona cis, 2 home trans, dona trans, no-binària) Dia Mes de naixement Any N° de germans més grans N° de germanes més grans Inicial nom de la mare

Característiques de la persona usuària:

Gènere Home (cis) Dona (cis) Home trans Dona trans No-binària

Data de naixement:
Dia Mes Any

Nacionalitat estrangera Sí No No ho sap

País de naixement: _____

Any d'arribada al país:
(si immigrant) Any

- La persona usuària és Turista Estada de llarga durada Estudiant estranger/a Refugiat/da Resident Treballador/a estranger/a Migrant no documentat/da Altre: _____ Immigrant en busca d'asil Ciutadà/na natural

Municipi de residència: _____

Tens accés a un servei sanitari gratuït? Sí No Altres: _____

Motius per fer-se la prova del VIH: (multiresposta)

- Exposició de risc**
 Sexe vaginal desprotegit
 Sexe anal desprotegit
 Sexe oral desprotegit
 Trencament del preservatiu
 Sexe desprotegit amb treballador/a sexual
 La parella ha donat positiu recentment
 Episodi de compartir material d'injecció
 Altre: _____
- Per a control/cribratge**
 La meua parella m'ho demana
 Abans de deixar el preservatiu amb la parella
 Desitjo tenir un fill
 Cribratge prenatal: abans del part
 Control regular
 Només per conèixer el meu estat de salut
 Altre: _____
- Període finestra en el darrer test**
- Síntomes clínics**
- Altres:** _____

Motius per escollir aquest centre CBVCT per fer-se la prova: (multiresposta)

- Ja he vingut abans He vist aquest centre en un fulletó Altre: _____
 Un amic m'ha parlat d'aquest centre He trobat aquest centre per internet

Proves del VIH anteriors:

Prova del VIH anterior? Sí No No ho sap

Prova del VIH en els darrers 12 mesos en aquest centre? Sí No No ho sap

Última prova del VIH feta Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos
 Més de 12 mesos No ho sap
 Data última prova:
Mes Any
 Resultat última prova: Positiu Negatiu No ho sap

Conductes/factors de risc:

Sexe en els darrers 12 mesos amb: Homes (cis/trans) Dones (cis/trans) Homes i dones (cis/trans) No he tingut sexe No ho sap

Ús del preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració? Sí No No ho sap

Va rebre diners, drogues, bens o serveis a canvi de sexe en els darrers 12 mesos? Sí No No ho sap

ITS diagnosticada en els darrers 12 mesos? Sí No No ho sap

Sexe sense preservatiu desprotegit amb penetració en els darrers 12 mesos amb:

Treballadors/es sexuals: Sí No No ho sap

UDVP: Sí No No ho sap

HSH: Sí No No ho sap

Ús de drogues per via intravenosa? Sí No No ho sap

Última vegada: Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos
 Més de 12 mesos No ho sap

Compartir material d'injecció en els darrers 12 mesos, com:

Xeringues o agulles Sí No No ho sap

Culleres, filtres, aigua... Sí No No ho sap

Compartir utensilis per altres substàncies psicoactives Sí No No ho sap

Quines altres substàncies psicoactives? _____

Consell pre-test:

Consell pre-test realitzat? Sí No No ho sap

Cribatge VIH:

Prova de VIH feta

Sí No

Data de recollida de la mostra:

Dia Mes Any

Tipus de test utilitzat

Test ràpid en sang Test ràpid oral Test convencional (Elisa)

Resultat test de cribatge:

Reactiu No reactiu Indeterminat

Has fet una prova extra?

Sí No No ho sap

Quin tipus de prova?

Test ràpid en sang Test ràpid oral Test convencional (Elisa)

Resultat prova adicional

Reactiu No reactiu Indeterminat

El/la client ha rebut el resultat de la prova de cribatge?

Sí No No ho sap

Data recepció resultat del cribatge:

Dia Mes Any

Consell post-test:

Consell post-test realitzat? Sí No No ho sap

Prova confirmatòria del VIH:

Prova confirmatòria realitzada?

Sí No No ho sap

Data recollida de la mostra:

Dia Mes Any

Resultat prova confirmatòria:

Positiu Negatiu No concloent

El/la client ha rebut el resultat de la prova confirmatòria?

Sí No No ho sap

Data recepció resultat prova confirmatòria:

Dia Mes Any

Accés al sistema sanitari dels VIH positius detectats:

Pacient derivat amb èxit al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Data de derivació:

Dia Mes Any

Primer recompte CD4: _____

Data primer recompte CD4:

Dia Mes Any

MÒDUL B

Test de la sífilis:

Prova prèvia de la sífilis

Sí No No ho sap

Última prova de la sífilis realitzada

Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos
 Més de 12 mesos No ho sap

Diagnòstic previ de sífilis?

Sí No No ho sap

Data últim diagnòstic sífilis:

Dia Mes Any

Prova de la sífilis realitzat?

Sí No No ho sap

Data recollida de la mostra:

Dia Mes Any

Tipus de prova utilitzada:

Test ràpid Test convencional

Resultat prova ràpida:

Reactiva

No reactiva

Prova diagnòstica realitzada?

Sí No No ho sap

Data recollida de la mostra:

Dia Mes Any

Diagnòstic sífilis:

Infecció activa Cicatriu serològica (infecció antiga o curada) Desconegut Negatiu

Test VHC:

Prova prèvia de VHC

Sí No No ho sap

Última prova de VHC realitzada

Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos
 Més de 12 mesos No ho sap

Diagnòstic previ de VHC?

Sí No No ho sap

Data últim diagnòstic VHC:

Dia Mes Any

Prova de VHC realitzat?

Sí No No ho sap

Data recollida de la mostra:

Dia Mes Any

Tipus de prova utilitzada:

Test ràpid Test sanguini ràpid Test convencional

Resultat prova ràpida:

Reactiva

No reactiva

Prova RNA del VHC realitzada?

Sí No No ho sap

Data recollida de la mostra:

Dia Mes Any

Diagnòstic VHC:

Infecció activa Cicatriu serològica (infecció antiga o curada) Desconegut Negatiu

Vacunació ITS:

Vacunació contra l'Hepatitis A (amb totes les dosis requerides) Sí No No ho sap

Vacunació contra l'Hepatitis B (amb totes les dosis requerides) Sí No No ho sap

Vacunació contra el virus del papil·loma Sí No No ho sap

Altres vacunacions realitzades Sí No No ho sap

Quines altres? _____

Comentaris: