

ცენტრის სახელი: \_\_\_\_\_

ტესტირების ჩატარების ადგილი:  ოფისი  
 აუთორიზირებული ამბულატორია  
 სხვა: \_\_\_\_\_

ტესტირების ჩატარების ქალაქი: \_\_\_\_\_

ვიზიტის თარიღი: / /

დღე                      თვე                      წელი

კლიენტის 15 ნიშნა კოდი: \_\_\_\_\_

ან

მომხმარებლის უნიკალური იდენტიფიკატორი (COBATEST):

სქესი (0 ცის გენდერი კაცი, 1 ცის გენდერი ქალი, 2 ტრანს კაცი, ტრანს ქალი ან არაბინალური)

დღე: / /       დაბადების თვე: / /       წელი: / /

უფროსი მშობის რაოდენობა:       უფროსი დების რაოდენობა:       დიდის სახელის საწყისი ასო:

**კლიენტის მახასიათებლები:**

სქესი:  კაცი (ცისგენდერი)     ქალი (ცისგენდერი)     ტრანსგენდერი კაცი     ტრანსგენდერი ქალი     არაბინალური

დაბადების თარიღი: / /

უცხო ქვეყნის მოქალაქე:  კი     არა     არ ვიცი

დაბადების ქვეყანა: \_\_\_\_\_

კლიენტია:  ტურისტი     ლტოლვილი     რეზიდენტი  
 ხანგრძლივი ვადით მაცხოვრებელი     უცხოელი მუშაკი     უსაბუთო მიგრანტი     სხვა: \_\_\_\_\_  
 თავშესაფრის მაძიებელი მიგრანტი     მოქალაქე

ამ ქვეყანაში ჩამოსვლის წელი (თუ მიგრანტია): / /

მუნიციპალიტეტი ან მშობლიური ქალაქი: \_\_\_\_\_

გაქვთ თუ არა წვდომა ჯანდაცვის უფასო სერვისებზე?  კი     არა     სხვა: \_\_\_\_\_

**აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზი: (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> რისკის არსებობა                                      | <input type="checkbox"/> კონტროლისთვის/სკრინინგისთვის                        | <input type="checkbox"/> ფანჯრის პერიოდი | <input type="checkbox"/> კლინიკური სიმპტომები |
| <input type="checkbox"/> დაუცველი ვაგინალური სქესობრივი კავშირი               | <input type="checkbox"/> ჩემმა პარტნიორმა მთხოვა                             |  |   |
| <input type="checkbox"/> დაუცველი ანალური სქესობრივი კავშირი                  | <input type="checkbox"/> სქესობრივ პარტნიორთან დაუცველ სქესობრივ კავშირამდე  |  |   |
| <input type="checkbox"/> დაუცველი ორალური სქესობრივი კავშირი                  | <input type="checkbox"/> შვილის ყოლა მსურს                                   |  |   |
| <input type="checkbox"/> კონდომის მთლიანობის დარღვევა                         | <input type="checkbox"/> პრენატალური სკრინინგი: მშობიარობამდე                |  |   |
| <input type="checkbox"/> დაუცველი სქესობრივი კავშირი სექს მუშაკთან            | <input type="checkbox"/> რეგულარული კონტროლი                                 |  |   |
| <input type="checkbox"/> ჩემს პარტნიორს ცოტა ხნის წინ დაუდასტურდა აივ სტატუსი | <input type="checkbox"/> მსურს ვიცოდე ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტატუსი |  |   |
| <input type="checkbox"/> საინექციო მასალების გაზიარების ეპიზოდი               | <input type="checkbox"/> სხვა მიზეზი: _____                                  |  |   |
| <input type="checkbox"/> სხვა სარისკო ქცევა: _____                            |  |  |   |

სხვა მიზეზი: \_\_\_\_\_

**ტესტირების ჩასატარებლად ტესტირების ცენტრში მოსვლის მიზეზი: (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> აქამდეც ნამყოფი ვარ                         | <input type="checkbox"/> ბროშურით მივიღე ინფორმაცია   | <input type="checkbox"/> სხვა მიზეზი: _____ |
| <input type="checkbox"/> მეგობარმა მითხრა ტესტირების ცენტრის შესახებ | <input type="checkbox"/> ინტერნეტით მივიღე ინფორმაცია |   |

**აივ-ზე ტესტირების ჩატარების გამოცდილება:**

ადრე ჩატარებია თუ არა აივ-ზე ტესტირება?  კი     არა     არ ვიცი

ბოლო 12 თვის განმავლობაში, ჩაგიტარებიათ თუ არა აივ-ზე ტესტირება ტესტირების ცენტრში  კი     არა     არ ვიცი

აივ ინფექციაზე ჩატარებული ბოლო ტესტირებიდან გასულია:  3 თვეზე ნაკლები     12 თვეზე ნაკლები  
 12 თვეზე მეტი     არ ვიცი

ტესტირების თარიღი: / /

ბოლო ტესტირების შედეგი:  აივ დადებითი     აივ უარყოფითი     არ ვიცი

**სარისკო ქცევა/ ფაქტორები:**

- სქესობრივი კავშირი ბოლო 12 თვის განმავლობაში  კაცი (ცის გენდერი/ტრანსი)     ქალი(ცის გენდერი/ტრანსი)     კაცი და ქალი (ცის გენდერი/ტრანსი)     არ მქონია სქესობრივი კავშირი     არ ვიცი
- ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს კონდომის მთლიანობის დარღვევა  კი     არა     არ ვიცი
- ბოლო 12 თვის განმავლობაში, სქესობრივი კავშირის დამყარება ფულადი ჯილდოს, ნარკოტიკების ან სხვა სერვისების მიღების სანაცვლოდ  კი     არა     არ ვიცი
- ბოლო 12 თვის განმავლობაში სგდ არსებობა  კი     არა     არ ვიცი
- დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 12 თვის განმავლობაში:
- სექს მუშაკთან  კი     არა     არ ვიცი
- ნიმ-ი  კი     არა     არ ვიცი
- მსმ - თან  კი     არა     არ ვიცი
- ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრაქტიკა  კი     არა     არ ვიცი
- ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებიდან გასულია  3 თვეზე ნაკლები     12 თვეზე ნაკლები  
 12 თვეზე მეტი     არ ვიცი
- საინექციო აღჭურვილობის გაზიარება ბოლო 12 თვის მანძილზე:
- საინექციო  კი     არა     არ ვიცი
- საინექციო წყალი, კოვზი, ფილტრი, ბამბა და ა.შ.  კი     არა     არ ვიცი
- საერთო ჭურჭლის გამოყენება ფსიქოაქტიური ნივთიერების მისაღებად  კი     არა     არ ვიცი
- კონკრეტულად რომელი ფსიქოაქტიური ნივთიერება? \_\_\_\_\_

**პრე-ტესტ კონსულტირება:**

პრე-ტესტ კონსულტაცია ჩატარდა

კი  არა  არ ვიცი

**აივ-ზე სკრინინგი:**

ჩატარდა აივ ტესტი

კი  არა

ნიმუშის აღების თარიღი:

დღის: / /  თვე:  წელი:

ტესტის სახეობა

სისხლის სწრაფი ტესტი  ნერწყვის ტესტი  ვეულბრივი ტესტი (ელიზა)

სკრინინგის შედეგი:

დადებითი  უარყოფითი  განუსაზღვრელი

ჩაიტარეთ თუ არა დამატებითი ტესტირება

კი  არა  არ ვიცი

კონკრეტულად რომელი ტესტირება ტესტირების შედეგი

სისხლის სწრაფი ტესტი  ნერწყვის ტესტი  ვეულბრივი ტესტი (ელიზა)  დადებითი  უარყოფითი

მიიღო თუ არა კლიენტმა სკრინინგის შედეგი

კი  არა  არ ვიცი

სკრინინგის შედეგის მიღების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

**პოსტ-ტესტ კონსულტირება:**

პოსტ-ტესტ კონსულტაცია ჩატარდა

კი  არა  არ ვიცი

**აივ-ზე კონფირმაციული ტესტირება:**

კონფირმაციული ტესტირება ჩატარდა

კი  არა  არ ვიცი

ნიმუშის აღების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

კონფირმაციული ტესტირების შედეგი:

დადებითი  უარყოფითი  დაუზუსტებელი

მიიღო თუ არა კლიენტმა კონფირმაციული ტესტის შედეგი

კი  არა  არ ვიცი

დამადასტურებელი ტესტის შედეგის მიღების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

**აივ პოზიტიური პირების ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე:**

ბენეფიციარის მკურნალობაში ჩართვა

კი  არა  არ ვიცი

მკურნალობაში ჩართვის თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

CD4 დათვლის პირველი შედეგი:

..... → CD4 პირველი დათვლის თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

**მოდული B**

**სიფილისზე ტესტირება:**

სიფილისზე ტესტირების ჩატარების გამოცდილება

კი  არა  არ ვიცი

სიფილისზე ჩატარებული ბოლო ტესტირებიდან გასულია

3 თვეზე ნაკლები  12 თვეზე ნაკლები  12 თვეზე მეტი  არ ვიცი

სიფილისზე ტესტირების გამოცდილება

კი  არა  არ ვიცი

სიფილისის დიაგნოსტიკის ბოლო თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

სიფილისზე ტესტირება შესრულდა

კი  არა  არ ვიცი

ნიმუშის აღების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

ტესტის სახეობა

სწრაფი ტესტი  კონფირმაციული

სიფილისზე სკრინინგის შედეგი:

დადებითი  უარყოფითი

დიაგნოსტიკური ტესტი შესრულებულია

კი  არა  არ ვიცი

ნიმუშის შეგროვების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

სიფილისის დიაგნოზი:

აქტიური ინფექცია  ძველი ან ნამკურნალევი შემთხვევა  არ ვიცი

**C ჰეპატიტზე ტესტირება:**

C ჰეპატიტზე ტესტირების ჩატარების გამოცდილება

კი  არა  არ ვიცი

C ჰეპატიტზე ჩატარებული ბოლო ტესტირებიდან გასულია

3 თვეზე ნაკლები  12 თვეზე ნაკლები  12 თვეზე მეტი  არ ვიცი

ადრე დადასტურებული C ჰეპატიტის დიაგნოზი

კი  არა  არ ვიცი

C ჰეპატიტზე ბოლოს ჩატარებული ტესტირების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

C ჰეპატიტზე ტესტირება შესრულდა

კი  არა  არ ვიცი

ნიმუშის აღების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

ტესტის სახეობა:

ნერწყვის ტესტი  სისხლის სწრაფი ტესტი  კონფირმაციული კვლევა

C ჰეპატიტზე სკრინინგის შედეგი:

დადებითი  უარყოფითი

C ჰეპატიტზე RNA კვლევა შესრულდა

კი  არა  არ ვიცი

ნიმუშის აღების თარიღი:

დღე:  თვე:  წელი:

HCV დიაგნოზი:

აქტიური ინფექცია  ძველი ან ნამკურნალევი შემთხვევა  არ ვიცი

**ვაქცინაცია სხვა ინფექციებზე:**

ვაქცინაცია A ჰეპატიტზე (სრული დოზა)

კი  არა  არ ვიცი

ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე (სრული დოზა)

კი  არა  არ ვიცი

პაპილომა ვირუსზე (სრული დოზა)

კი  არა  არ ვიცი

სხვა ვაქცინები

კი  არა  არ ვიცი

რომელი სხვა, დააკონკრეტეთ:

**კომენტარები:**

.....