

Názov zariadenia vykonávajúceho nízkoprahové testovanie: _____

Mesto zariadenia vykonávajúceho nízkoprahové testovanie: _____

 Dátum návštevy: / /
Deň Mesiac Rok

Identifikátor klienta/klientky (používaný zariadením, ktoré vykonáva nízkoprahové testovanie): _____

Alebo

Identifikátor klienta/klientky (Cobatest): _____

Rod (0 cis muž, 1 cis žena, 2 transrodový muž, transrodová žena alebo nebinárna osoba) Deň Mesiac Rok Počet starších bratov Počet starších sestier Prvé písmeno krstného mena matky
Miesto testovania:

-
- Kancelária zariadenia vykonávajúceho nízkoprahové testovanie
-
-
- Vonku/ v dodávke
-
-
- Miesto kde sa vykonáva sexbiznis
-
-
- Sauna/ miesto kde sa vykonáva sex
-
-
- Verejný miesto (lekáreň, knižnica)
-
-
- Zábavný podnik (kaviareň, bar)
-
-
- Miesto výmeny injekčných striekačiek
-
-
- Ďalšie: _____

Charakteristiky klienta/klientky:

 Rod: Muž (cis) Žena (cis) Transrodový muž Transrodová žena Nebinárna osoba **Dátum narodenia:** / /
Deň Mesiac Rok

 Zahraničná národnosť: Áno Nie Neviem **Krajina narodenia:** _____ **Rok príchodu do krajiny (ak ide o migranta/ku):** / /
Deň Mesiac Rok

Je klient:

-
- Turista
-
-
- Dlhodobý pobyt
-
-
- Zahraničný študent
-
-
- Zahraničný pracovník
-
-
- Migrant žiadajúci o azyl
-
-
- Utečenec
-
-
- Migrant bez dokladov
-
-
- Občan s udeleným štátnym občianstvom
-
-
- Rezident
-
-
- Ďalšie: _____

Rodné mesto: _____

 Máte prístup k bezplatnej zdravotnej starostlivosti? Áno Nie Ďalšie: _____

Dôvody testovania na HIV: (možnosť viacerých odpovedí)

-
- Riziko vystavenia sa nákaze**
-
-
- Nechránený vaginálny sex
-
-
- Nechránený análny sex
-
-
- Nechránený orálny sex
-
-
- Prasknutý kondóm
-
-
- Nechránený pohlavný styk s osobou pracujúcou v sexbiznise
-
-
- Mój partner/ka bol/a testovaný/á s pozitívnym výsledkom
-
-
- Zdieľanie injekčného materiálu v posledných 12 mesiacoch
-
-
- Ďalšie: _____
-
-
- Ďalšie:**
- _____

-
- Kontrola/screening**
-
-
- Mój partner/ka ma o to požiadal/a
-
-
- Pred tým, ako prestaneme s partnerom/kou používať kondóm
-
-
- Chcel/a by som mať dieťa
-
-
- Prenatálny screening pred pôrodom
-
-
- Pravidelná kontrola
-
-
- Chcem poznať svoj zdravotný stav
-
-
- Ďalšie: _____

 Diagnostické okno od posledného testovania
 Klinické symptómy
Dôvody výberu tohto zariadenia na testovanie: (možnosť viacerých odpovedí)

-
- Už som sa tu predtým testoval/a
-
-
- Priateľ/ka mi povedal/a o tom zariadení
-
-
- Videl/a som ponuku testovania v letáku
-
-
- Našiel/našla som na internete
-
-
- Ďalšie: _____

HIV testovanie v minulosti:

 HIV testovanie v minulosti Áno Nie Neviem
 HIV testovanie v posledných 12 mesiacoch v tomto zariadení? Áno Nie Neviem
 Posledné testovanie na HIV bolo realizované: Menej ako 3 mesiace Menej ako 12 mesiacov
 Viac ako 12 mesiacov Neviem
 Dátum posledného testovania: / /
Mesiac Rok
 Výsledky testovania Pozitívne Negatívne Neviem

Rizikové správanie/faktory:

 Sex v posledných 12 mesiacoch s: Muži (cis/trans) Ženy (cis/trans) Muži a ženy (cis/trans) Nema/a som sex Neviem

 Používanie kondómu počas poslednej sexuálnej aktivity s penetráciou Áno Nie Neviem

 Prijatie peňazí, drog, tovaru alebo službičiek výmenou za sex v posledných 12 mesiacoch Áno Nie Neviem

 Pohlavne prenosné ochorenia diagnostikované v posledných 12 mesiacoch Áno Nie Neviem

Nechránený sex s penetráciou v posledných 12 mesiacoch s:

 Osobami pracujúcimi v sexbiznise Áno Nie Neviem

 Osobami, ktoré injekčne užívajú drogy Áno Nie Neviem

 Mužmi, ktorí majú sex s inými mužmi Áno Nie Neviem

 Intravenózne užívanie drog Áno Nie Neviem

Posledné užitie drog:

 Menej ako 3 mesiace Menej ako 12 mesiacov

 Viac ako 12 mesiacov Neviem

Zdieľanie injekčného materiálu v posledných 12 mesiacoch, ako sú:

 Striehačky alebo ihly Áno Nie Neviem

 lyžičky, filtre, voda... Áno Nie Neviem

Zdieľanie "nádobička" pri ďalších bežne užívaných psychoaktívnych látkach

 Áno Nie Neviem **Ďalšie psychoaktívne látky?** _____

Predtestové poradenstvo:

Realizácia predtestového poradenstva Áno Nie Neviem

HIV screeningový test:

Testovanie na HIV realizované Áno Nie

Dátum odberu vzoriek:
Deň Mesiac Rok

Typ použitého testu: Krvný rýchlotest Orálny rýchlotest Konvenčný/bežný test (Elisa)

Výsledky screeningového testu: **Reaktívny** **Nereaktívny** **Neurčený**

Realizovali ste dodatočný test? Áno Nie Neviem

→ Aký typ testu? Krvný rýchlotest Orálny rýchlotest Konvenčný/bežný test (Elisa)

→ Výsledok testu: Reaktívny Nereaktívny

Obdržal klient/ka výsledky screeningového testu? Áno Nie Neviem

→ Dátum obdržania výsledkov screeningového testu:
Deň Mesiac Rok

Potestové poradenstvo:

Realizácia potestového poradenstva? Áno Nie Neviem

Konfirmačný HIV test:

Konfirmačný test vykonaný Áno Nie Neviem

Dátum odberu vzoriek:
Deň Mesiac Rok

Výsledok konfirmačného testu HIV: **Pozitívne** **Negatívne** **Nepresvedčivý**

Obdržal klient/ka výsledky konfirmačného testu HIV? Áno Nie Neviem

→ Dátum obdržania výsledkov konfirmačného testu:
Deň Mesiac Rok

Prístup k zdravotnej starostlivosti pre HIV pozitívnych klientov/klientky:

Klient/ka napojený/á na zdravotnú starostlivosť Áno Nie Neviem

Dátum prepojenia:
Deň Mesiac Rok

Výsledky prvého merania počtu CD4 buniek: _____

→ Dátum prvého merania počtu CD4 buniek:
Deň Mesiac Rok

MODUL B**Testovanie na syfilis:**

Testovanie na syfilis v minulosti Áno Nie Neviem

→ Posledné testovanie na syfilis bolo realizované: Menej ako 3 mesiace Menej ako 12 mesiacov Viac ako 12 mesiacov Neviem

Diagnostikovaný syfilis v minulosti Áno Nie Neviem

→ Dátum poslednej diagnózy syfilisu:
Deň Mesiac Rok

Testovanie na syfilis realizované Áno Nie

→ Dátum odberu vzoriek:
Deň Mesiac Rok

Typ použitého testu: Rapid test Konvenčný/bežný test

Výsledky rýchlotestu: **Reaktívny** **Nereaktívny**

→ Diagnostický test realizovaný? Áno Nie Neviem

→ Dátum odberu vzoriek:
Deň Mesiac Rok

Diagnóza syfilis: **Aktívna infekcia** **Sérologická jazva (stará alebo vyliečená infekcia)** **Neznáme** **Negatívne**

Test HCV:

HCV testovanie v minulosti Áno Nie Neviem

→ Posledné testovanie na HCV bolo realizované: Menej ako 3 mesiace Menej ako 12 mesiacov Viac ako 12 mesiacov Neviem

Diagnostikované HCV v minulosti Áno Nie Neviem

→ Dátum poslednej diagnózy HCV:
Deň Mesiac Rok

HCV test realizovaný Áno Nie

→ Dátum odberu vzoriek:
Deň Mesiac Rok

Typ použitého testu: Orálny rýchlotest Krvný rýchlotest Konvenčný/bežný test

Výsledky rýchlotestu: **Reaktívny** **Nereaktívny**

→ Test HCV RNA realizovaný? Áno Nie Neviem

→ Dátum odberu vzoriek:
Deň Mesiac Rok

HCV diagnóza: **Aktívna infekcia** **Sérologická jazva (stará alebo vyliečená infekcia)** **Neznáme** **Negatívne**

Očkovania na pohlavne prenosné ochorenia:

Očkovanie na hepatitídu A (so všetkými požadovanými dávkami) Áno Nie Neviem

Očkovanie na hepatitídu B (so všetkými požadovanými dávkami) Áno Nie Neviem

Očkovanie na papilomavírus (HPV) Áno Nie Neviem

Ďalšie absolvované očkovania (so všetkými požadovanými dávkami) Áno Nie Neviem

→ Ktoré ďalšie? _____

Komentáre:
