COBATEST NETWORK

FORMULARI DE RECOLLIDA DE DADES

Altres ITS

Data de la visita: ___ ___ (Dia) ___ ___ (Mes) ___ ___ ___ ___ (Any)

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) ___ (Nº de germans més grans) ___ (Nº de germanes més grans) ___ (Inicial nom de la mare)

Provas d'ITS prèvias:

T'han fet provas d'ITS alguna vegada? ☐ Si → Any de l'última prova d'ITS: ___ ___ ___ ___ (Any)
☐ No
☐ No ho sap

¿Has tingut alguna ITS en els últims 12 mesos? ☐ Si → Quin(es):
☐ No
☐ No ho sap

- ☐ Sífilis
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamídia
- ☐ Herpes genital
- ☐ Virus papil·loma (berrugues genitals)
- ☐ Linfogranuloma
- ☐ Tricomoniasi
- ☐ Altra: _____

Has rebut tractament complet? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap

Cribratge de clamídia y gonorrea:

Presència de símptomes de clamídia/gonorrea? ☐ Si → Quin(es):
☐ No
☐ No ho sap

- ☐ Dolor genital/rectal
- ☐ Fluid genital anormal
- ☐ Altre: _____

Prova de clamídia:

¿Prova de clamídia realitzada? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap → Data recol·lecció de mostra: ___ ___ (Dia) ___ ___ (Mes) ___ ___ ___ ___ (Any)

Tipus de mostra recollida *(multiresposta)*: ☐ Orina ☐ Genital ☐ Rectal ☐ Faríngia

Tipus de test usat: ☐ PCR convencional ☐ PCR en punt de atenció (Genexpert) ☐ Prova ràpida ☐ No ho sap

Resultat test: ☐ **Positiu** ☐ **Negatiu** ☐ **No concloent**

La prova va ser repetida? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap

Resultat test: ☐ **Positiu** ☐ **Negatiu** ☐ **No concloent**

S'ha fet un tractament? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap → Data tractament: ___ ___ (Dia) ___ ___ (Mes) ___ ___ ___ ___ (Any)

Prova de gonorrea:

¿Prova de gonorrea realitzada? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap → Data recol·lecció de mostra: ___ ___ (Dia) ___ ___ (Mes) ___ ___ ___ ___ (Any)

Tipus de mostra recollida *(multiresposta)*: ☐ Orina ☐ Genital ☐ Rectal ☐ Faríngia

Tipus de test usat: ☐ PCR convencional ☐ PCR en punt de atenció (Genexpert) ☐ Prova ràpida ☐ No ho sap

Resultat test: ☐ **Positiu** ☐ **Negatiu** ☐ **No concloent**

La prova va ser repetida? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap

Resultat test: ☐ **Positiu** ☐ **Negatiu** ☐ **No concloent**

S'ha fet un tractament? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sap → Data tractament: ___ ___ (Day) ___ ___ (Mes) ___ ___ ___ ___ (Any)