



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 (café, bar...), Lloc treball sexual, Lloc d'intercanvi de xeringues, Sauna/lloc de trobades sexuals, Altre: _____

Qui realitza la prova: Professional sanitari, Personal no especialitzat, Personal peer, Altre: _____

Identificador únic de la persona usuària (COBATEST)

Gènere (0 home cis, 1 dona cis, 2 home trans, dona trans, no-binària), Dia Mes 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, Altre: _____

Data de naixement:

Dia Mes Any

Nacionalitat estrangera

País de naixement: Si, No, No ho sap

Any d'arribada al país: (si immigrant)

- Turista, Estada de llarga durada, Estudiant extranjer/a, Refugiad/da, Resident, Treballador/a estranjer/a, Migrant no documentat/da, Altre: _____, Immigrant en busca d'asil, Ciutadà/na natural

Municipi de residència: _____

Tens accés a un servei sanitari gratuït? Si, No, No ho sap, Altres: _____

Ha estat sense llar durant els darrers 12 mesos? (vivint al carrer, en un alberg, en un cotxe...) Si, actualment, Si però no actualment, No, No ho sap, No respon

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, Vull començar PrEP / Control de la PrEP, Altre: _____
- Període finestra en el darrer test
- Síntomes clínics
- Altre: _____

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

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

Factors conductuals:

Sexe en els darrers 12 mesos amb (multiresposta): Homes (cis), Dones (cis), Homes trans, Dones trans, No-binàries, No he tingut sexe, No ho sap

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

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

ITS diagnosticada en els darrers 12 mesos? Si, No, No ho sap

Ús de drogues? Si, No, No ho sap

- Ruta d'ús? (multiresposta): Inyectada, Esnifada/Inhalada, Fumada, Oral, Altra, Última vegada: Menys de 30 dies, Menys de 12 mesos, Alguna vegada, No ho sap

Principals drogues usades: Cànnabis, Cocaïna / Crack, Amfetamina / metamfetamina, MDMA, Heroïna / altres opioides, Noves substàncies psicoactives, Altres: _____

Utilitza material d'injecció que ja va ser utilitzat per altres en els darrers 12 mesos, com: Xeringues o agulles, Culleres, filtres, aigua...

Usa un altre material per a consum de drogues no injectables que ja va ser usat per altres persones en els últims 12 mesos

S'ha injectat drogues a la presó? Si, No, No ha estat a la presó, No ho sap

Actualment està en tractament amb agonistes opioides? Si, No, No ho sap

Vacunació ITS:

- Vacunació contra l'Hepatitis A (amb totes les dosis requerides), Vacunació contra l'Hepatitis B (amb totes les dosis requerides), Vacunació contra el virus del papil·loma (amb totes les dosis requerides), Vacunació contra Mpox (amb totes les dosis requerides)

Proves:

Cribatge VIH:

Prova del VIH anterior?

Sí No No ho sap

Última prova del VIH feta

Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos

Diagnòstic previ de VIH

Sí No No ho sap

Any de diagnòstic de VIH:

Més de 12 mesos No ho sap
Any

Està en tractament? Sí No No ho sap

Prova de VIH feta

Sí No

Tipus de test utilitzat

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

Resultat test de cribatge:

Reactiu No reactiu Indeterminat

S'ha 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

Prova confirmatòria realitzada?

Sí No No ho sap

Resultat prova confirmatòria:

Positiu Negatiu No conclouent

Pacient derivat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Pacient vinculat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Data de vinculació:

____ Dia ____ Mes ____ Any

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

Diagnòstic previ de sífilis?

Sí No No ho sap

Any últim diagnòstic sífilis:

Més de 12 mesos No ho sap
Any

Prova de la sífilis realitzada?

Sí No No ho sap

Tipus de prova utilitzada:

Test ràpid Test convencional

Prova diagnòstica realitzada?

Sí No No ho sap

Resultat prova:

Reactiva No reactiva

Diagnòstic sífilis:

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

Pacient derivat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Pacient vinculat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Data de vinculació:

____ Dia ____ Mes ____ Any

Test VHC:

Prova prèvia de VHC:

Sí No No ho sap

Última prova de VHC realitzada

Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos

Diagnòstic previ de VHC?

Sí No No ho sap

Any últim diagnòstic VHC:

Més de 12 mesos No ho sap
Any

Ha rebut tractament?

Sí No No ho sap

Quin tractament?

Interferon → Tractament completat Tractament detingut No ho sap
 Nous AAD → Tractament completat En tractament Tractament detingut No ho sap
 No ho sap

Prova de VHC realitzada?

Sí No No ho sap

Tipus de prova utilitzada:

Test ràpid oral Test ràpid en sang Test convencional

Prova ARN de VHC realitzada?

Sí No No ho sap

Resultat prova:

Reactiva No reactiva

Diagnòstic VHC:

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

Pacient derivat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Pacient vinculat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Data de vinculació:

____ Dia ____ Mes ____ Any

Test VHB:

Prova prèvia de VHB:

Sí No No ho sap

Última prova de VHB realitzada

Menys de 3 mesos Menys de 12 mesos

Diagnòstic previ de VHB?

Sí No No ho sap

Any últim diagnòstic VHB:

Més de 12 mesos No ho sap
Any

Prova de VHB realitzada?

Sí No No ho sap

Tipus de prova utilitzada:

Test ràpid Test convencional

Prova diagnòstica realitzada?

Sí No No ho sap

Resultat prova:

Reactiva No reactiva

Diagnòstic VHB:

Positiu Negatiu Desconegut

Diagnosticat com:

Infecció aguda Portador sa Infecció crònica
 Infecció passada curada No ho sap

Pacient derivat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Pacient vinculat al sistema sanitari

Sí No No ho sap

Data de vinculació:

____ Dia ____ Mes ____ Any

Comentaris: