

A közösségi szűrőhely neve: \_\_\_\_\_

 Tesztelés helyszíne:  Közösségi szűrőhely irodája  Nyilvános helyszín

A közösségi szűrőhely helyszíne (város): \_\_\_\_\_

 Kültéri/furgon  Szórakozóhely

 Látogatás dátuma:        
Nap Hónap Év
 Szexmunkás helyszín  Tűcsere helyszín

 Szauna/szex helyszín  Egyéb: \_\_\_\_\_

 Ki végzi a vizsgálatot  Egészségügyi szakember  Szakképesítés nélküli munkatárs (nem peer)  Peer  Egyéb: \_\_\_\_\_

Felhasználó egyedi azonosítója (amit a közösségi szűrőhely használ): \_\_\_\_\_

 vagy  
 Felhasználó egyedi azonosítója (COBATEST):            
(0 cisz férfi, 1 cisz nő, 2 tranz férfi, tranz nő vagy non-bináris) Név Nap Hónap Év Idősebb fiútestvérek száma Idősebb lánytestvérek száma Anyja nevének kezdőbetűje

## A kliens jellemzői:

 Neme:  Férfi (cisz)  Nő (cisz)  Tranz férfi  Tranz nő  Nem-bináris  Más: \_\_\_\_\_ Születési dátum:        
Nap Hónap Év

 Külföldi állampolgár:  Igen  Nem  Nem tudom Születési ország: \_\_\_\_\_ Érkezés ebbe az országba:     
(ha migráns) Év

 A kliens egy:  Turista  Hosszú távú tartózkodás  Külföldi diák  Menekült  Állampolgár  Külföldi munkás  Dokumentáció nélküli migráns  Más: \_\_\_\_\_  Menedék kérő bevándorló  Honosított állampolgár

 Van hozzáférése az ingyenes egészségügyi ellátáshoz?  Igen  Nem  Nem tudom  Egyéb: \_\_\_\_\_

 Volt hajléktalan az elmúlt 12 hónapban?  Igen, jelenleg is  Igen, de jelenleg nem  Nem  Nem tudom  Nem szeretne válaszolni  
(élt az utcán, menedékhelyen vagy kocsiiban...)

## A tesztelés oka: (több válasz is lehetséges)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Kockázatnak való kitétség</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Ellenőrzési céllal/általános szűréshez</b>                      | <input type="checkbox"/> <b>Ablakidőszak a legutóbbi vizsgálatban</b> | <input type="checkbox"/> <b>Klinikai tünetek</b> |
| <input type="checkbox"/> Védekezés nélküli vaginális szex          | <input type="checkbox"/> A társam kérte   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Védekezés nélküli anális szex             | <input type="checkbox"/> A partneremmel történő óvszer használat abba hagyása előtt         |   |  |
| <input type="checkbox"/> Védekezés nélküli orális szex             | <input type="checkbox"/> Kisbabát szeretnék   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sérült óvszer                             | <input type="checkbox"/> Szülés előtti szűrés: születés előtt                               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Védekezés nélküli szex szexmunkással      | <input type="checkbox"/> Rendszeres ellenőrzés  |   |  |
| <input type="checkbox"/> A partnerem nemrég pozitív tesztet kapott | <input type="checkbox"/> Csak hogy tudjam az egészségügyi állapotomat                       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Megosztott fecskendő anyag epidózia       | <input type="checkbox"/> El akarok kezdeni PrEP-et szedni / A PrEP hatásának monitorozására |   |  |
| <input type="checkbox"/> Egyéb: _____                              | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____   | <input type="checkbox"/> <b>Egyéb:</b> _____                          |  |

## A teszt elvégzése céljából a közösségi szűrőhelyhez való fordulás okai: (több válasz is lehetséges)

- 
- Voltam már itt korábban
- 
- Láttam ezt a közösségi szűrőhelyet egy kiadványban
- 
- Egy barát mesélt erről a közösségi szűrőhelyről
- 
- Ezt a közösségi szűrőhelyet találtam az interneten
- 
- Egyéb: \_\_\_\_\_

## Magatartási tényezők:

 Szex az elmúlt 12 hónapban:  Férfi (cisz)  Nő (cisz)  Férfi (tranz)  Nő (tranz)  Nem-bináris  Nem szexeltem  Nem tudom  
(több válasz is lehetséges)

 Kondom használat az utolsó, behatolással járó szexuális kapcsolat során  Igen  Nem  Nem tudom

 Kapott pénzt, drogot, árut vagy szolgáltatást szexért cserébe az elmúlt 12 hónapban?  Igen  Nem  Nem tudom

 Az elmúlt 12 hónapban diagnosztizált szexuális úton terjedő fertőzések  Igen  Nem  Nem tudom

 Drog használat?  Igen  Nem  Nem tudom

<b>Drog használat útja?</b> <small>(több válasz is lehetséges)</small>	<input type="checkbox"/> Fecskendő használat	→ Utoljára: <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 30 napja <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 12 hónapja <input type="checkbox"/> Soha <input type="checkbox"/> Nem tudom
	<input type="checkbox"/> Szippantás	→ Utoljára: <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 30 napja <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 12 hónapja <input type="checkbox"/> Soha <input type="checkbox"/> Nem tudom
	<input type="checkbox"/> Elszívás	→ Utoljára: <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 30 napja <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 12 hónapja <input type="checkbox"/> Soha <input type="checkbox"/> Nem tudom
	<input type="checkbox"/> Orális	→ Utoljára: <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 30 napja <input type="checkbox"/> Kevesebb mint 12 hónapja <input type="checkbox"/> Soha <input type="checkbox"/> Nem tudom
	<input type="checkbox"/> Más	→ Milyen más? _____

 Főbb drogok használata:  Kannabisz  Kokain / Krek Kokain  Amfetamin / Metamfetamin  MDMA  Heroin/Más opiátok  Új pszichoaktív szerek  Más: \_\_\_\_\_  
(több válasz is lehetséges)

Olyan injekciós eszköz/anyag használata, amelyet az elmúlt 12 hónapban már mások is használtak:

 Fecskendő és/vagy tűk  Igen  Nem  Nem tudom

 Kanalak, szűrő, víz...  Igen  Nem  Nem tudom

 Egyéb olyan anyagok használata nem injekciós szer-használatra, amelyeket az elmúlt 12 hónapban már mások is használtak  Igen  Nem  Nem tudom

 Használt injekciós szereket a börtönben?  Igen  Nem  Börtönben soha  Nem tudom

 Jelenleg opioid agonista kezelésben részesül?  Igen  Nem  Nem tudom

## STI oltások:

 Hepatitisz A elleni oltás (az összes szükséges dózissal)  Igen  Nem  Nem tudom

 Hepatitisz B elleni oltás (az összes szükséges dózissal)  Igen  Nem  Nem tudom

 Human papilloma elleni oltás (az összes szükséges dózissal)  Igen  Nem  Nem tudom

 Majomhimlő elleni oltás (az összes szükséges dózissal)  Igen  Nem  Nem tudom

## Tesztelés:

### HIV teszt:

Korábbi HIV teszt

Igen  Nem  Nem tudom

Legutóbb elvégzett HIV teszt:

Kevesebb mint 3 hónapja  Kevesebb mint 12 hónapja  
 Több mint 12 hónapja  Nem tudom

Előző HIV diagnózis

Igen  Nem  Nem tudom

A HIV diagnózis éve:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Év

Kezelés alatt van?

Igen  Nem  Nem tudom

A használt teszt fajtája:

Vérgyorsteszt  
 Orális gyorsteszt  
 Hagyományos vizsgálat (Elisa)

HIV teszt elvégzésre került

Igen  Nem

**Szűrővizsgálat eredménye:**

**Reaktív**  **Nem reaktív**  **Határozatlan**

Végeztek extra tesztet?

Igen  
 Nem  
 Nem tudom

Melyik típusát?

Vérgyorsteszt  Orális gyorsteszt  Hagyományos vizsgálat (Elisa)

Teszt eredmény:

Reaktív  Nem reaktív

Elvégzett megerősítő vizsgálat

Igen  Nem  Nem tudom

**Megerősítő HIV teszt eredmény:**

**Pozitív**  **Negatív**  **Nem egyértelmű**

A páciens az egészségügyi ellátórendszerbe utalva

Igen  Nem  Nem tudom

A páciens az egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolva

Igen  Nem  Nem tudom

Kapcsolás dátuma:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Nap Hónap Év

### Szifilisz teszt:

Előző szifilisz tesztek

Igen  Nem  Nem tudom

Legutóbb elvégzett szifilisz teszt:

Kevesebb mint 3 hónapja  Kevesebb mint 12 hónapja  
 Több mint 12 hónapja  Nem tudom

Korábbi szifilisz diagnózis

Igen  Nem  Nem tudom

Az utolsó szifilisz diagnózis éve:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Év

Szifilisz teszt elvégzésre került

Igen  Nem

A használt teszt fajtája:

Rapid test  Hagyományos vizsgálat

Elvégzett diagnosztikai vizsgálat

Igen  Nem  Nem tudom

**Szűrővizsgálat eredménye:**

**Reaktív**  **Nem reaktív**

**Szifilisz diagnózis:**

**Aktív fertőzés**  **Szerológiai heg**  **Nem ismert**  **Negatív**

A páciens az egészségügyi ellátórendszerbe utalva

Igen  Nem  Nem tudom

A páciens az egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolva

Igen  Nem  Nem tudom

Kapcsolás dátuma:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Nap Hónap Év

### HCV teszt:

Előző HCV tesztek

Igen  Nem  Nem tudom

Legutóbb elvégzett HCV teszt:

Kevesebb mint 3 hónapja  Kevesebb mint 12 hónapja  
 Több mint 12 hónapja  Nem tudom

Korábbi HCV diagnózis

Igen  Nem  Nem tudom

Az utolsó HCV diagnózis éve:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Év

HCV teszt elvégzésre került

Igen  Nem  Nem tudom

Kapott kezelést?

Igen  
 Nem  
 Nem tudom

Milyen kezelést?

Interferon →  Kezelés befejezve  Leállított kezelés  Nem tudja  
 Új DAA →  Kezelés befejezve  Kezelés alatt  Leállított kezelés  Nem tudja  
 Nem tudja

A használt teszt fajtája:

Orális gyorsteszt  Vérgyorsteszt  Hagyományos vizsgálat

HCV RNA teszt elvégezve?

Igen  Nem  Nem tudom

**Szűrővizsgálat eredménye:**

**Reaktív**  **Nem reaktív**

**HCV diagnózis:**

**Aktív fertőzés**  **Szerológiai heg**  **Nem ismert**  **Negatív**

A páciens az egészségügyi ellátórendszerbe utalva

Igen  Nem  Nem tudom

A páciens az egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolva

Igen  Nem  Nem tudom

Kapcsolás dátuma:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Nap Hónap Év

### HBV Teszt:

Előző HBV teszt

Igen  Nem  Nem tudom

A legutóbbi HBV teszt elvégezve:

Kevesebb mint 3 hónapja  Kevesebb mint 12 hónapja  
 Több mint 12 hónapja  Nem tudom

Előző HBV diagnózis

Igen  Nem  Nem tudom

Az utolsó HBV diagnózis éve:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Év

HBV teszt elvégzésre került

Igen  Nem

A használt teszt fajtája:

Vérgyorsteszt  Hagyományos vizsgálat

Megerősítő teszt elvégezve?

Igen  Nem  Nem tudom

**Szűrővizsgálat eredménye:**

**Reaktív**  **Nem reaktív**

**HBV diagnózis:**

**Pozitív**  **Negatív**  **Ismeretlen**

Diagnózis mint:

Akut fertőzés  Egészséges hordozó  Krónikus fertőzés  
 Korábban gyógyult fertőzés  Nem tudom

A páciens az egészségügyi ellátórendszerbe utalva

Igen  Nem  Nem tudom

A páciens az egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolva

Igen  Nem  Nem tudom

Kapcsolás dátuma:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Nap Hónap Év

### Megjegyzések: