



Мониторинг добровольного консультирования и
тестирования на базе сообщества (ДКТБС)

Инструкции по заполнению формы сбора данных COBATEST

Обновлено: 22.12.2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	2
Цель формы сбора данных COVATEST:	2
I. Основные данные	3
II. Данные о характеристиках клиента	5
III. Причины тестирования	8
IV. Поведенческие факторы	10
V. Прививки от ИППП	14
VI. Тестирование	15
Скрининговый тест на ВИЧ:	15
Тест на сифилис:	17
тест на ВГС	19
тест на ВГВ	21
Комментарии:	22

ВВЕДЕНИЕ

Эта форма сбора данных была разработана COBATEST для служб ДКТБС, входящих в сеть. Далее вы можете найти определение каждого поля, указанного в форме.

Цель формы сбора данных COBATEST:

Предоставить данные о динамике добровольного тестирования на ВИЧ, а также информацию, описывающую демографические характеристики людей, прошедших тестирование.

Форму сбора данных можно использовать до и после тестирования или консультирования. Форму может заполнить консультант или лицо, проводящее тестирование.

В форме сбора данных (и в настоящем документе) выделена минимальная обязательная группа вопросов, отмеченных серым цветом. Эти обязательные вопросы очень важны и предоставляют нам информацию, необходимую для анализа данных и расчета заранее выбранных индикаторов.

I. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

Name of the CBVCT site: _____	Testing site:	<input type="checkbox"/> CBVCT office	<input type="checkbox"/> Public venue (pharmacy, library)
City of the CBVCT site: _____		<input type="checkbox"/> Outdoors/Van	<input type="checkbox"/> Amusement venue (coffe,bar)
Date of visit: _____		<input type="checkbox"/> Sex work venue	<input type="checkbox"/> Needle exchange venue
Day Month Year		<input type="checkbox"/> Sauna/sex venue	<input type="checkbox"/> Other: _____
Who provides the testing:	<input type="checkbox"/> Health professional	<input type="checkbox"/> Lay worker (no peer)	<input type="checkbox"/> Peer
	<input type="checkbox"/> Other: _____		
User's Unique identifier (used by the CBVCT service): _____	OR		
User's Unique identifier (COBATEST):	<input type="checkbox"/> Gender (0 cis man, 1 cis woman, 2 trans man, trans woman or non-binary)	<input type="checkbox"/> Day	<input type="checkbox"/> Month
		<input type="checkbox"/> Year	<input type="checkbox"/> N of older brothers
			<input type="checkbox"/> N of older sisters
			<input type="checkbox"/> Initial letter of mother's name

- **Название центра ДКТБС:** Название центра ДКТБС, проводящего тест. Это обязательное поле.
- **Город службы ДКТБС:** Город, в котором находится служба ДКТБС осуществляющая свою деятельность по тестированию.
- **Место тестирования:** Место(а), где служба ДКТБС проводит тестирование (может быть несколько).
- **Дата посещения:** Дата визита клиента. Формат этого вопроса: дд/мм/ гггг . Это обязательное поле.
- **Кто проводит тестирование:** относится к лицу, выполняющему процедуру тестирования. Варианты ответа определяются следующим образом:

Медицинский работник: Любой человек, имеющий официальную медицинскую подготовку (медсестра, медицинский техник, врач и т. д.).

Непрофессиональный работник (не равный консультант): Любой работник организации, который не является медицинским работником и не является равным работником-консультантом.

Равный консультант: Любой сотрудник организации, который принадлежит или идентифицирует себя с обслуживаемым населением.

Другое: любое другое лицо, не указанное в предыдущих вариантах.
Пожалуйста, укажите в текстовой строке.

- **Уникальный идентификатор клиента** : эта система кодирования уникальных идентификаторов позволяет службам ДКТБС сохранять анонимность клиента и в то же время позволяет нам идентифицировать повторяющихся тестировщиков. Код состоит из следующей информации: *пол* (0 мужчина, 1 женщина, 2 трансгендер или небинарный), *дата рождения* (дд/мм/ гггг), *количество старших сестер, количество старших братьев и начальная буква имени матери.*
- **Уникальный идентификатор клиента (используется службой ДКТБС):** это поле позволяет службам ДКТБС указывать свой собственный уникальный идентификатор клиента, если у них уже имеется собственная система. Если служба ДКТБС (СВУСТ) не использует уникальный идентификатор для каждого клиента, у них есть возможность использовать систему уникальных идентификаторов клиентов, которую предлагает COBATEST.

Важно, чтобы одно из двух полей уникального идентификатора было заполнено. Службы ДКТБС имеют возможность использовать оба уникальных идентификатора (свой и COBATEST), если захотят.

II. ДАННЫЕ О ХАРАКТЕРИСТИКАХ КЛИЕНТА

Client's characteristics:

Gender: Man (cis) Woman (cis) Trans man Trans woman Non-binary Other: _____ Date of birth: _____
Day Month Year

Foreign national: Yes No Don't know
 Country of birth: _____ Year of arrival to this country: (if migrant) _____
Year

Is the client a: Tourist Long-term stay

Municipality or home town: _____

Foreign student Foreign worker Asylum seeking migrant Refugee Undocumented migrant Naturalized citizen Resident Other: _____

Do you have access to free health care services? Yes No Don't know Other: _____

Have you been homeless during past 12 months? (living on the street, in a shelter, in a car...) Yes No Don't know Refuse to answer

- **Пол:** гендерная идентичность клиента. Это обязательное поле.

Мужчина (цисгендер): Цисгендерный мужчина. Человек, которому при рождении был установлен мужской пол и в настоящее время имеет мужскую гендерную идентичность.

Женщина (цисгендерная): Цисгендерная женщина. Человек, которому при рождении был установлен женский пол и в настоящее время имеет женскую гендерную идентичность.

Транс-мужчина: Трансгендерный мужчина. Человек с мужской гендерной идентичностью и женским полом при рождении.

Транс-женщина: Трансгендерная женщина. Человек с женской гендерной идентичностью и мужским полом при рождении.

Небинарный: Небинарный человек. Гендерно-неконформный человек, который идентифицирует себя ни исключительно как мужчина, ни исключительно как женщина или может идентифицировать себя как и тем, так и другой, или как ни той, так и ни другим, или как гендерно флюидный.

Другое: Другие лица. Люди, которые не идентифицирует себя с какой-либо ранее названной гендерной идентичностью. Пожалуйста, укажите в текстовой строке.

- **Дата рождения:** Дата рождения клиента в следующем формате: день, месяц и год (дд/мм/ гггг). Это обязательное поле.

- **Иностраный гражданин:** Если клиент родился в другой стране. Это обязательное поле.
- **Страна рождения:** Если человек является мигрантом, в этом поле должна быть указана страна рождения клиента. Это обязательное поле.
- **Год прибытия в эту страну:** Если человек является мигрантом, в этом поле следует указать год прибытия в страну.
- **Является ли клиент туристом или имеет долгосрочное пребывание:** Если человек мигрант, следует указать, является ли клиент «туристом» или мигрантом «долгосрочного пребывания». Долгосрочное пребывание – это когда клиент имеет иностранное гражданство, но проживает в стране где проводится тестирование в течение длительного периода времени. Если выбран вариант «долгосрочное пребывание», то необходимы дополнительные уточнения (можно выбрать только один ответ):

Иностраный студент: Лицо, имеющее вид на жительство в стране в качестве студента.

Иностраный работник: Лицо, имеющее разрешение на работу в стране.

Ищущее убежище: Лицо, которое просит убежище по различным причинам.

Беженец: Лицо, проживающее в стране в качестве беженца.

Иммигрант без документов: Человек, который живет в стране, но не имеет документов, позволяющих ему/ей/им проживать в стране.

Натурализованный гражданин: Лицо иностранного происхождения, получившее гражданство страны.

Резидент: Лицо, имеющее вид на жительство по любой другой причине, еще не указанной в этом списке.

Другое: любой другой случай длительного проживания, не указанный в предыдущих вариантах. Его необходимо указать в произвольном тексте.

- **Муниципалитет или родной город:** фактическое местоположение (дом, город, деревня), где в настоящее время проживает клиент.
- **Доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию:** это относится к тому, имеет ли человек доступ к государственным или бесплатным медицинским услугам, в зависимости от реалий каждой страны. Варианты ответа: Да, Нет, Другое.
- **Были ли вы бездомным в течение последних 12 месяцев? (проживание на улице, в приюте, в машине...):** относится к тому, если человек проживает или проживал на улице, в приюте, в машине или в любом другом месте, не предназначенном для проживания, в течение последних 12 месяцев. Варианты ответа: Да, сейчас, Да, но не сейчас, Нет, Не знаю, Отказ от ответа.

III. ПРИЧИНЫ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ

В этом разделе службы ДКТБС могут указать причину(ы), по которой клиент решил пройти тестирование. Вы можете выбрать более одного варианта ответа.

Reasons for testing: (multiresponse)

<input type="checkbox"/> Risk exposition	<input type="checkbox"/> For control/screening	<input type="checkbox"/> Window period in the last test	<input type="checkbox"/> Clinical symptoms
<input type="checkbox"/> Unprotected vaginal sex	<input type="checkbox"/> My partner asked me to		
<input type="checkbox"/> Unprotected anal sex	<input type="checkbox"/> Before dropping using condom with my partner		
<input type="checkbox"/> Unprotected oral sex	<input type="checkbox"/> I wish to have a baby		
<input type="checkbox"/> Broken condom	<input type="checkbox"/> Prenatal screening: before delivery		
<input type="checkbox"/> Unprotected sex with sex worker	<input type="checkbox"/> Regular control		
<input type="checkbox"/> My partner has tested positive recently	<input type="checkbox"/> Only to know my health status		
<input type="checkbox"/> Episode of sharing injection material	<input type="checkbox"/> I want to start PrEP / Monitoring PrEP		
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Other:	

Reasons for selecting this CBVCT center to be tested: (multiresponse)

<input type="checkbox"/> I've come here before	<input type="checkbox"/> I've seen this CBVCT in a pamphlet	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> A friend told me about this CBVCT	<input type="checkbox"/> I've found this CBVCT in internet	

Необходимо заполнить **хотя бы одно** из следующих полей: **Экспозиция риска** , **Для контроля/скрининга** , **Период окна для последнего теста** , **Клинические симптомы** или **Другое** .

- **Экспозиция риска** : Когда клиент сам считает, что он принял участие в рискованном поведении(ях). Возможные варианты ответа: незащищенный вагинальный секс, незащищенный анальный секс, незащищенный оральный секс, повреждённый презерватив, незащищенный секс с секс-работником, если недавно у партнера был положительный результат теста, эпизод совместного использования инъекционного материала и другие причины.
- **Для контроля/скрининга**: когда цель тестирования связана с контролем над своим собственным здоровьем или у них имеются конкретные причины для скрининга. Предоставленные варианты ответа: мой партнер попросил меня, прежде чем отказаться от использования презервативов с моим партнером, я хочу иметь ребенка, пренатальный скрининг (перед родами), регулярный контроль, только для того, чтобы знать состояние своего здоровья, я хочу начать ПрЭП /мониторинг ПрЭП (предэкспозиционная профилактика) и другие причины.
- **Период окна для последнего теста**: «Период окна» для теста на антитела оценивается в три месяца после контакта с ВИЧ-инфекцией. Отрицательный

результат теста через три месяца почти всегда будет означать, что человек не инфицирован ВИЧ.

- **Клинические симптомы** : когда у клиента наблюдаются симптомы, связанные с какой-либо ИППП.
- **Другой** : При наличии любой другой, не упомянутой ранее причины.
- **Причины выбора данной ДКТБС для тестирования**: Вы можете выбрать более одного ответа. Возможные варианты ответа: я приходил сюда раньше, друг рассказал мне об этой ДКТБС, я видел это ДКТБС в брошюре, я нашел это ДКТБС в Интернете и другие варианты ответа.

IV. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

В этом разделе собрана информация о сексуальном поведении клиента.

Behavioural factors:

Sex in the last 12 months with (multianswer): Men (cis) Women (cis) Trans men Trans women Non-binary I haven't had sex Don't know

Condom use in the last sexual relation with penetration Yes No Don't know

Received money, drugs, good or services for sex in the last 12 months Yes No Don't know

STI diagnosed in the last 12 months Yes No Don't know

Drugs use? Yes No Don't know

Drugs use route? (multianswer):

<input type="checkbox"/> Injecting	→ Last time:	<input type="checkbox"/> Less than 30 days	<input type="checkbox"/> Less than 12 months	<input type="checkbox"/> Ever	<input type="checkbox"/> Don't know
<input type="checkbox"/> Sniffing/Snorting	→ Last time:	<input type="checkbox"/> Less than 30 days	<input type="checkbox"/> Less than 12 months	<input type="checkbox"/> Ever	<input type="checkbox"/> Don't know
<input type="checkbox"/> Smoking	→ Last time:	<input type="checkbox"/> Less than 30 days	<input type="checkbox"/> Less than 12 months	<input type="checkbox"/> Ever	<input type="checkbox"/> Don't know
<input type="checkbox"/> Oral	→ Last time:	<input type="checkbox"/> Less than 30 days	<input type="checkbox"/> Less than 12 months	<input type="checkbox"/> Ever	<input type="checkbox"/> Don't know
<input type="checkbox"/> Other	→ Which other?			

Main drugs used: (multianswer): Cannabis Cocaine / Crack cocaine Amphetamine / metamphetamine MDMA Heroin / other opioids New psychoactive substances Other:

Using material of injection that were already used by others in the last 12 months, as:

Syringes and/or needles	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
Spoons, filters, water...	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

Using other material for non-injecting drug use that were already used by others in the last 12 months? Yes No Don't know

Have you injected drugs in prison? Yes No Never in prison Don't know

Are you at opioid agonist treatment currently? Yes No Don't know

- **Секс за последние 12 месяцев с (множественный ответ):** Этот вопрос касается того, с кем клиент занимался сексом в течение последних 12 месяцев. Это обязательное поле. Даны варианты ответа:

Мужчина (цисгендер): Цисгендерный мужчина. Человек, которому при рождении был установлен мужской пол и в настоящее время имеет мужскую гендерную идентичность.

Женщина (цисгендерная): Цисгендерная женщина. Человек, которому при рождении был установлен женский пол и в настоящее время имеет женскую гендерную идентичность.

Транс-мужчина: Трансгендерный мужчина. Человек с мужской гендерной идентичностью и женским полом при рождении.

Транс-женщина: Трансгендерная женщина. Человек с женской гендерной идентичностью и мужским полом при рождении.

Небинарный: Небинарный человек. Гендерно-неконформный человек, который идентифицирует себя ни исключительно как мужчина, ни

исключительно как женщина или может идентифицировать себя как и тем, так и другой, или как ни той, так и ни другим, или как гендерно флюидный.

У меня не было секса: когда у клиента не было секса в течение последних 12 месяцев.

- **Использование презервативов во время последнего полового акта с проникновением:** В этом вопросе спрашивается, использовал ли клиент презерватив во время последних половых отношений. Даны варианты ответа : да, нет, не знаю. Это обязательное поле.

- **Получал деньги, наркотики, товары или услуги за секс за последние 12 месяцев:** в этом вопросе спрашивается, получал ли клиент деньги, наркотики, товары или услуги в качестве оплаты за какой-либо вид сексуальных услуг. Даны варианты ответа : да, нет, не знаю. Если какое-либо ДКТБС не желает задавать вопрос/или клиент не желает отвечать на этот вопрос, можно указать «не знаю». Это обязательное поле .

- **ИППП диагностированные за последние 12 месяцев:** Этот вопрос задается если у клиента в течение последних 12 месяцев была диагностирована любая инфекция, передающаяся половым путем (ИППП). Даны варианты ответа : да, нет, не знаю.

- **Употребление наркотиков?** Вопрос касается потребления безрецептурных препаратов. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю. Это обязательное поле .

- **Способ употребления наркотиков? (множественный ответ):** Если ответ на предыдущий вопрос «Да». Это обязательное поле . Варианты ответа такие:

Инъекция: Любой путь инъекции. Оно может быть внутривенным, внутримышечным или подкожным. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

Нюхание/фыркание: внутриназальный путь, включая ингаляционные препараты, такие как Попперс. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

Курение: Любое употребление сжигаемых или испаряющихся наркотиков.

Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

Перорально: любой пероральный путь, включая подъязычный и через слизистую оболочку щеки. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

Дата последнего употребления...: В этом пункте задается вопрос о дате последнего употребления наркотиков по любому из ранее названных способов. Варианты ответа:

Менее 30 дней

Менее 12 месяцев: если дата использования равна или превышает 30 дней и менее 12 месяцев;

Всегда: если дата использования равна или превышает 12 месяцев;

Не знаю: если человек не помнит время, прошедшее с момента последнего употребления наркотиков.

- **Основные используемые наркотики:** Если человек указал, что он употреблял какие-либо наркотики, спросите, какие наркотики он употребляет в основном. Данными вариантами являются: каннабис, кокаин/крэк-кокаин, амфетамин/метамфетамин, МДМА, героин/другие опиоиды, новые психоактивные вещества, другое.

Какой другой наркотик: Если предыдущий ответ «Другой», необходимо указать, какой именно наркотик.

- **Употребление инъекционного материала, который уже использовался другими в течение последних 12 месяцев:** Так если клиент подтверждает употребление внутривенных наркотиков, то следует также ответить на вопрос, делились ли они каким-либо инъекционным материалом за последние 12 месяцев. Даны варианты ответа:

Шприцы или иглы: Да, Нет, Не знаю

Ложки, фильтры, вода: Да, Нет, Не знаю

- **Использование других материалов для неинъекционного употребления наркотиков, которые уже использовались другими людьми в течение последних 12 месяцев:** Вопрос касается совместного использования посуды для употребления других наркотиков. Например, трубки, мундштуки и т. д. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Вы употребляли наркотики в тюрьме?:** Вопрос касается потребления безрецептурных наркотиков путем инъекций в тюрьме. Варианты ответа: Да, Нет, Никогда (если человек никогда не был в тюрьме), Не знаю.
- **Вы в настоящее время проходите лечение опиоидными агонистами?:** Вопрос касается любого текущего участия в опиоидной заместительной терапии. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

V. ПРИВИВКИ ОТ ИППП

В этом разделе указывается, был ли клиент вакцинирован всеми необходимыми дозами против инфекций, передающихся половым путем.

STI vaccinations:

Vaccination for Hepatitis A (with all required dosis)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
Vaccination for Hepatitis B (with all required dosis)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
Vaccination for Papilloma virus (with all required dosis)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
Vaccination for Mpoх (with all required dosis)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

Вакцинация против гепатита А (со всеми необходимыми дозами): Это относится к тому, был ли человек вакцинирован против вируса гепатита А. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

– **Вакцинация против гепатита В (со всеми необходимыми дозами):** Это относится к тому, был ли человек вакцинирован против вируса гепатита В. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

– **Вакцинация против вируса папилломы (со всеми необходимыми дозами):** Это относится к тому, был ли человек вакцинирован против вируса папилломы человека. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

– **Вакцинация против Мпокс (со всеми необходимыми дозами):** Это относится к тому, был ли человек вакцинирован против вируса оспы обезьян (Мпокс). Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

VI. ТЕСТИРОВАНИЕ

Скрининговый тест на ВИЧ:

Screening HIV test:

Previous HIV tests Yes No Don't know → Last HIV test performed: Less than 3 months Less than 12 months
 More than 12 months Don't know

Previous HIV diagnosis Yes No Don't know → Year of HIV diagnosis: _____
 Year

Are you on treatment? Yes No Don't know → Type of test used: Rapid blood test
 Rapid oral test
 Conventional test (Elisa)

HIV test performed Yes No

Screening test result: Reactive Non reactive Undetermined

Did you perform an extra test? Yes No Don't know → Which type of test? Rapid blood test Rapid oral test Conventional test (Elisa)
 Test result: Reactive Non reactive

Confirmatory test performed Yes No Don't know

Confirmatory HIV test result: Positive Negative Inconclusive

Patient referred to healthcare system Yes No Don't know → Date of linkage: _____
 Day Month Year

Patient linked to healthcare system Yes No Don't know

В этом разделе собрана информация о тестировании клиента на ВИЧ.

- **Предыдущий тест на ВИЧ:** Этот вопрос подразумевает, проходил ли клиент ранее тестирование. Даны варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Последний проведенный тест на ВИЧ:** относится к времени, прошедшему с момента последнего теста, проведенного перед тестом, проведенным во время текущего визита. Варианты ответа: Менее 3 месяцев, Менее 12 месяцев, Более 12 месяцев, Не знаю.
- **Предыдущий диагноз ВИЧ:** вопрос подразумевает, был ли у клиента ранее диагностирован ВИЧ до текущего визита. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

Год постановки диагноза ВИЧ: Если ответ на предыдущий вопрос «Да», необходимо указать год постановки диагноза ВИЧ. Формат года: гггг.

Вы принимаете лечение?: Если ответ на вопрос «Предыдущий диагноз ВИЧ» – «Да», то следует задать вопрос о том, проходит ли человек антиретровирусное лечение. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

- **Тест на ВИЧ выполнен:** Это относится к тому, был ли проведен тест на ВИЧ во время текущей консультации. Варианты ответа: Да, Нет. Это обязательное поле.
- **Тип используемого теста :** Варианты ответа: экспресс анализ крови, экспресс пероральный тест, обычный тест (Элиза). Это обязательное поле.
- **Результат скринингового теста:** Здесь должен быть указан результат исследования, проведенного в ДКТБС. Варианты ответа : реактивный, нереактивный , неопределенный. Это обязательное поле.
- **Проходили ли вы дополнительный тест:** Этот вопрос подразумевает, проводился ли дополнительный тест на ВИЧ в центре ДКТБС во время текущего визита. В некоторых случаях тест повторяется, если первый тест недействителен, неопределенен или положителен. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Какой тип теста?** Если проводился дополнительный тест, какой тип теста использовался: экспресс анализ крови, экспресс пероральный тест, обычный тест (Элиза).
- **Результат теста:** Результат выполненного дополнительного теста. Варианты ответа : реактивный, нереактивный.
- **Проведен подтверждающий тест :** Если был проведен подтверждающий тест. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю. Это обязательное поле.
- **Результат подтверждающего теста на ВИЧ:** Это поле необходимо заполнить, если был проведен подтверждающий тест. Варианты ответа : положительный, отрицательный, неопределенный.
- **Пациент направлен в систему здравоохранения:** вопрос подразумевает, был ли начат процесс направления или, другими словами, был ли клиент с реактивным тестированием на ВИЧ направлен/перенаправлен в медицинское учреждение. Это включает, помимо прочего : листовку с информацией, устное

объяснение, куда идти, или звонок и запись на прием. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

- **Пациент связан с системой здравоохранения:** Вопрос подразумевает, посетил ли клиент с реактивным результатом теста на ВИЧ первый прием к врачу в медицинском учреждении после постановки диагноза . Этот вопрос можно задать после первого визита вашего клиента к вам – при последующем звонке клиенту, врачу или ответственному лицу в медицинском учреждении. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Дата привязки:** Дата начала оказания медицинской помощи, в частности, дата первого визита клиента к врачу после постановки диагноза. Дата должна быть указана в формате дд/мм/гггг .

Тест на сифилис:

Syphilis test:

Previous syphilis tests Yes No Don't know

Previous syphilis diagnosis Yes No Don't know

Syphilis test performed Yes No

Type of test used: Rapid test Conventional test

Screening test result: Reactive Non reactive

Syphilis diagnosis: Active infection Serological scar (old or cured infection) Unknown Negative

Patient referred to healthcare system Yes No Don't know

Patient linked to healthcare system Yes No Don't know

Last syphilis test performed: Less than 3 months More than 12 months Less than 12 months Don't know

Year of last syphilis diagnosis: _____ Year

Confirmatory test performed? Yes No Don't know

Date of linkage: _____ Day _____ Month _____ Year

- **Предыдущие тесты на сифилис:** этот вопрос подразумевает, проходил ли клиент ранее тестирование на сифилис, независимо от текущих результатов теста. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Последний проведенный тест на сифилис:** Этот вопрос относится к времени последнего теста. Варианты ответа : менее 3 месяцев, менее 12 месяцев, более 12 месяцев, не знаю.
- **Предыдущий диагноз сифилиса:** Если у клиента ранее был диагностирован сифилис (до текущего визита). Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

- **Год последней постановки диагноза сифилиса** : Если ответ на предыдущий вопрос «Да», следует указать год последней постановки диагноза. Формат года: гггг.
- **Проведен тест на сифилис:** этот вопрос подразумевает, проводился ли тест на сифилис во время текущей консультации. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Тип используемого теста:** Варианты ответа: Экспресс-тест, обычный тест.
- **Результат скринингового теста** : Варианты ответа: Реактивный, отрицательный.
- **Проведен подтверждающий тест:** это поле следует заполнить, если результат экспресс-теста оказался реактивным. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Диагноз сифилиса:** Варианты ответа : активная инфекция, серологический рубец (старая или излеченная инфекция), неизвестен, отрицательный.
- **Пациент направлен в систему здравоохранения:** вопрос подразумевает, был ли начат процесс направления или, другими словами, был ли клиент с реактивным тестом на сифилис направлен/перенаправлен в медицинское учреждение. Это включает, помимо прочего : листовку с информацией, устное объяснение, куда идти, или звонок и запись на прием. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Пациент связан с системой здравоохранения:** вопрос подразумевает, посетил ли клиент с результатом теста на реактивный сифилис первый прием к врачу в медицинском учреждении после постановки диагноза. Этот вопрос можно задать после первого визита вашего клиента к вам - при последующем звонке клиенту, врачу или ответственному лицу в медицинском учреждении. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Дата привязки:** Дата начала оказания медицинской помощи, в частности, дата первого визита клиента к врачу после постановки диагноза. Дата должна быть указана в формате дд/мм/ гггг .

тест на ВГС

Тест на вирус гепатита С

HCV test

Previous HCV test: Yes No Don't know

Previous HCV diagnosis: Yes No Don't know

Have you received treatment? Yes No Don't know

HCV test performed: Yes No Don't know

Type of test used: Rapid oral test Rapid blood test Conventional test

Screening test result: Reactive Non reactive

HCV diagnosis: Active infection Serological scar (old or cured infection) Unknown Negative

Patient referred to healthcare system: Yes No Don't know

Patient linked to healthcare system: Yes No Don't know

Last HCV test performed: Less than 3 months More than 12 months Less than 12 months Don't know

Year of last HCV diagnosis: Year: [][][][]

Which treatment? Interferon New DAA Don't know

Treatment status: Treatment completed Stopped treatment On treatment Don't know

HCV RNA test performed? Yes No Don't know

Date of linkage: Day: [][] Month: [][] Year: [][][]

- **Предыдущие тесты на ВГС:** Этот вопрос подразумевает, проходил ли клиент ранее тестирование на ВГС, независимо от текущих результатов теста. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Последний проведенный тест на ВГС:** Этот вопрос относится к времени проведения последнего теста. Варианты ответа : менее 3 месяцев, менее 12 месяцев, более 12 месяцев, не знаю.
- **Предыдущий диагноз ВГС:** Этот вопрос подразумевает, был ли у клиента ранее диагностирован ВГС до текущего визита. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Год последней диагностики ВГС :** Если ответ на предыдущий вопрос «Да», следует указать год постановки диагноза. Формат года: гггг.
- **Вы прошли лечение?** Если ответом на вопрос «Предыдущий диагноз ВГС» является «Да», то следует задать вопрос о том, получил ли человек лечение. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Какое лечение?** Это относится к тому, какое лечение от ВГС получил клиент, если ответ на предыдущий вопрос о получении лечения от ВГС – «Да». Варианты ответа : Интерферон, Новые ПППД (противовирусные препараты прямого действия), Не знаю.

Интерферон: Это относится к лечению ВГС интерфероном, если предыдущим ответом о лечении был «Интерферон». Варианты ответа: Лечение завершено, На лечении, Прекращено лечение, Не знаю.

Новые ПППД: Это относится к новым ПППД для лечения ВГС, если предыдущий ответ о лечении ВГС был «Новые ПППД». Варианты ответа: Лечение завершено, На лечении, Прекращено лечение, Не знаю.

- **Проведен тест на ВГС:** вопрос подразумевает, проводился ли тест на ВГС во время текущей консультации. Варианты ответа: Да, Нет.
- **Тип используемого теста:** Варианты ответа : экспресс-анализ крови, экспресс-пероральный, обычный.
- **Результат скринингового теста :** Варианты ответа: Реактивный, Нереактивный.
- **Проведен тест на РНК ВГС:** это поле необходимо заполнить, если результат экспресс-теста оказался положительным. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Диагноз ВГС:** Варианты ответа : активная инфекция, серологический рубец (старая или излеченная инфекция), неизвестен, отрицательный.
- **Пациент направлен в систему здравоохранения:** вопрос подразумевает, был ли начат процесс направления или, другими словами, был ли клиент с реактивным тестом на ВГС направлен/перенаправлен в медицинское учреждение. Это включает, помимо прочего : листовку с информацией, устное объяснение, куда идти, или звонок и запись на прием. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Пациент связан с системой здравоохранения:** Вопрос подразумевает, посетил ли клиент с реактивным тестом на ВГС первый прием к врачу в медицинском учреждении после постановки диагноза. Этот вопрос можно задать после первого визита вашего клиента к вам – при последующем звонке клиенту, врачу или ответственному лицу в медицинском учреждении. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.

- **Дата привязки** : Дата начала оказания медицинской помощи, в частности, дата первого визита клиента к врачу после постановки диагноза. Дата должна быть указана в формате дд/мм/гггг .

тест на ВГВ

Тест на вирус гепатита В:

HBV test	
Previous HBV test	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Previous HBV diagnosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
HBV test performed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Type of test used:	<input type="checkbox"/> Rapid blood test <input type="checkbox"/> Conventional test
Screening test result:	<input type="checkbox"/> Reactive <input type="checkbox"/> Non reactive
HBV diagnosis:	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Unknown
Patient referred to healthcare system	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Patient linked to healthcare system	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Last HBV test performed:	<input type="checkbox"/> Less than 3 months <input type="checkbox"/> More than 12 months <input type="checkbox"/> Less than 12 months <input type="checkbox"/> Don't know
Year of HBV diagnosis:	Year: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Confirmatory test performed?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Diagnosed as:	<input type="checkbox"/> Acute infection <input type="checkbox"/> Healthy carrier <input type="checkbox"/> Chronic infection <input type="checkbox"/> Past cured infection <input type="checkbox"/> Don't know
Date of linkage:	Day: <input type="text"/> <input type="text"/> Month: <input type="text"/> <input type="text"/> Year: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

- **Предыдущий тест на ВГВ:** этот вопрос подразумевает, проходил ли клиент ранее тестирование на ВГВ, независимо от текущих результатов теста. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Последний проведенный тест на ВГВ:** этот вопрос относится к времени последнего теста на ВГВ. Варианты ответа : менее 3 месяцев, менее 12 месяцев, более 12 месяцев, не знаю.
- **Предыдущий диагноз ВГВ:** этот вопрос подразумевает, был ли у клиента ранее диагностирован ВГВ до текущего визита. Варианты ответа : Да, Нет, Не знаю.
- **Год последнего диагноза ВГВ:** Если ответ на предыдущий вопрос «Да», следует указать год постановки диагноза. Формат года: гггг .
- **Проведен тест на ВГВ:** этот вопрос подразумевает, проводился ли тест на ВГВ во время текущей консультации. Варианты ответа: Да, Нет.
- **Тип использованного теста:** Варианты ответа : экспресс-анализ крови, обычный.

- **Результат скринингового теста** : Варианты ответа: Реактивный, Нереактивный.
- **Проведен подтверждающий тест**: это поле следует заполнить, если результат экспресс-теста оказался реактивным. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Диагноз ВГВ**: Варианты ответа: Положительный, Отрицательный, Неизвестно.
- **Диагноз**: Если ответ на предыдущий вопрос «положительный» , пожалуйста, выберите, если это: Острая инфекция, Здоровый носитель, Хроническая инфекция, Перенесенная инфекция, Не знаю.
- **Пациент направлен в систему здравоохранения**: этот вопрос подразумевает, был ли начат процесс направления или, другими словами, был ли клиент с реактивным тестом на ВГВ направлен/перенаправлен в медицинское учреждение. Это включает, помимо прочего : листовку с информацией, устное объяснение, куда идти, или звонок и запись на прием. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Пациент связан с системой здравоохранения**: этот вопрос подразумевает, посетил ли клиент с реактивным результатом теста на ВГВ первый прием у врача в медицинском учреждении после постановки диагноза. Этот вопрос можно задать после первого визита вашего клиента к вам – при последующем звонке клиенту, врачу или ответственному лицу в медицинском учреждении. Варианты ответа: Да, Нет, Не знаю.
- **Дата привязки**: Дата начала оказания медицинской помощи, в частности, дата первого визита клиента к врачу после постановки диагноза. Дата должна быть указана в формате дд/мм/гггг .

КОММЕНТАРИИ:

В этом разделе вы можете добавить любой комментарий, который вы считаете важным для анализа.