COBATEST NETWORK

ФОРМА СБОРА ДАННЫХ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ, СИФИЛИС, ВГС И ВГВ

Название ДКТБС: _____

Тестовый сайт: ☐ Кабинет ДКТБС ☐ Общественное место ☐ На открытом воздухе / фургон ☐ Развлекательный центр ☐ Место секс-работы ☐ Пункт обмена шприцев ☐ Сауна/секс-зал; ☐ Иное: _____

Город (местонахождение) ДКТБС: _____

Дата посещения: ☐☐ День ☐☐ Месяц ☐☐☐☐ Год

Кто проводит тестирование: ☐ Медицинский специалист ☐ Социальный работник (не равный консультант) ☐ Равный консультант ☐ Другое:_____

Уникальный код клиента, используемый организацией _____

Или

Уникальный идентификатор пользователя (COBATEST) ☐ Пол (0 мужчина, 1 женщина, 2 трансгендерный или небинарный) ☐☐ День ☐☐ Месяц рождения ☐☐☐☐ Год ☐ Количество старших братьев ☐ Количество старших сестер ☐ Начальная буква имени матери

Данные о характеристиках клиента

Пол: ☐ Мужчина (цис) ☐ Женщина (цис) ☐ Транс-мужчина ☐ Транс-женщина ☐ Небинарная персона ☐ Другое: _____ Дата рождения: ☐☐ День ☐☐ Месяц ☐☐☐☐ Год

Иностранный гражданин: ☐ Да → Страна рождения: _____ → Год прибытия в страну: ☐☐☐☐ *(если иммигрант)* Год

☐ Нет

☐ Не знаю

Является ли клиент: ☐ Турист ☐ Длительное пребывание →
☐ Иностранный студент ☐ Беженец ☐ Резидент
☐ Иностранный работник ☐ Незарегистрированный мигрант ☐ Другое: _____
☐ Проситель убежища ☐ Натурализованный гражданин

Муниципалитет или родной город _____

Имеете ли вы доступ к бесплатным медицинским услугам? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю ☐ Другое: _____

Были ли вы бездомным в течение последних 12 месяцев? *(жили на улице, в приюте, в автомобиле и т. д.)* ☐ Да, в настоящее время ☐ Да, но не в настоящее время ☐ Нет ☐ Не знаю ☐ Отказываюсь отвечать

Причины тестирования: *(возможны несколько ответов)*

☐ Экспозиция рисков

- ☐ Незащищённый вагинальный секс
- ☐ Незащищённый анальный секс
- ☐ Незащищённый оральный секс
- ☐ Порванный презерватив
- ☐ Незащищённый секс с секс-работницей
- ☐ Мой партнер недавно получил положительный результат
- ☐ Эпизод совместного использования инъекционного материала
- ☐ Другое:_____

☐ Для контроля/скрининга

- ☐ Мой партнер спросил меня об этом
- ☐ Перед тем, как бросить использовать презерватив с моим партнером
- ☐ Я хочу иметь ребенка
- ☐ Пренатальный скрининг: перед родами
- ☐ Регулярный контроль
- ☐ Чтобы знать состояние моего здоровья
- ☐ Я хотел(а) бы начать PrEP / Мониторинг PrEP
- ☐ Другое:_____

☐ Период окна для последнего теста

☐ Клинические симптомы

☐ Другое: _____

Причины обращения в эту службу ДКТБС для прохождения тестирования

☐ Я был здесь раньше ☐ Я видел эту ДКТБС в брошюре ☐ Другое:_____

☐ Друг рассказал мне об этой ДКТБС ☐ Я нашел эту ДКТБС в Интернете

Поведенческие факторы:

Секс в течение последних 12 месяцев: ☐ С цис-мужчиной ☐ С цис-женщиной ☐ С транс-мужчиной ☐ С транс-женщиной ☐ С небинарной персоной ☐ У меня не было секса ☐ Не знаю

Использование презерватива в последнем половом акте с проникновением ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Получение денег, наркотиков, благ или услуг в обмен на секс в течение последних 12 месяцев: ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

ИППП, диагностированные за последние 12 месяцев ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Употребление наркотиков? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Способ употребления наркотиков: (возможны несколько ответов)

- ☐ Инъекция → В прошлый раз: ☐ Менее 30 дней ☐ Менее 12 месяцев ☐ Когда-либо ☐ Не знаю
- ☐ Вдыхание (нюхание) → В прошлый раз: ☐ Менее 30 дней ☐ Менее 12 месяцев ☐ Когда-либо ☐ Не знаю
- ☐ Курение → В прошлый раз: ☐ Менее 30 дней ☐ Менее 12 месяцев ☐ Когда-либо ☐ Не знаю
- ☐ Проглатывание → В прошлый раз: ☐ Менее 30 дней ☐ Менее 12 месяцев ☐ Когда-либо ☐ Не знаю
- ☐ Другое → Какой именно? _____

Наиболее часто употребляемый наркотик: *(возможны несколько ответов)* ☐ Каннабис ☐ Кокаин / Крэк ☐ Амфетамин / Метамфетамин ☐ МДМА ☐ Героин / Другие опиоиды ☐ Новые психоактивные вещества ☐ Другое:_____

Использование инъекционного материала, уже использованного другими, в течение последних 12 месяцев, как: шприцев или игл ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю; ложки, фильтры, вода,… ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Использование других материалов для неинъекционного употребления наркотиков, уже использованных другими, в течение последних 12 месяцев ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Вводили ли вы наркотики инъекционно в тюрьме? ☐ Да ☐ Нет ☐ никогда не был(а) в тюрьме ☐ Не знаю

Находитесь ли вы сейчас на опиоидной агонистической терапии? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Вакцинация от ИППП:

Прививка от гепатита А (со всеми необходимыми дозами)	☐ Да	☐ Нет	☐ Не знаю
Прививка от гепатита В (со всеми необходимыми дозами)	☐ Да	☐ Нет	☐ Не знаю
Вакцинация от вируса папилломы человека (все необходимые дозы)	☐ Да	☐ Нет	☐ Не знаю
Вакцинация от Мрох (оспы обезьян, все необходимые дозы)	☐ Да	☐ Нет	☐ Не знаю

Тестирование:

Скрининг-тест на ВИЧ:

Предыдущий тест на ВИЧ ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Когда был сделан этот тест: ☐ Менее 3 месяцев ☐ Менее 12 месяцев ☐ Более 12 месяцев ☐ Не знаю

Был ли поставлен диагноз ВИЧ ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Когда был поставлен этот диагноз: ____ Год

Получаете ли вы АРТ-терапию? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Проведён ли сейчас тест на ВИЧ ☐ Да ☐ Нет → Тип использованного теста: ☐ Экспресс-тест крови ☐ Оральный экспресс-тест ☐ Обычный тест (Элиза)

Результат скринингового теста: ☐ **Реактивный** ☐ **Нереактивный** ☐ **Неопределенный**

Был ли сделан дополнительный тест на ВИЧ? ☐ Да → Тип дополнительного теста ☐ Экспресс-тест крови ☐ Оральный экспресс-тест ☐ Обычный тест (Элиза); Результат дополнительного теста: ☐ Реактивный ☐ Нереактивный

☐ Нет

☐ Не знаю

Подтверждающий тест выполнен ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Подтверждающий результат теста на ВИЧ: ☐ **Положительный** ☐ **Negative** ☐ **Сомнительный**

Пациент направлен в систему здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Пациент связан с системой здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Дата привязки: ____ День ____ Месяц ____ Год

Тест на сифилис:

Предыдущий тест на сифилис ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Последний проведенный тест на сифилис: ☐ Менее 3 месяцев ☐ Менее 12 месяцев ☐ Более 12 месяцев ☐ Не знаю

Предыдущий диагноз сифилиса ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Год последнего диагноза сифилиса: ____ Год

Проведен анализ на сифилис ☐ Да ☐ Нет

Тип использованного теста: ☐ Экспресс-тест по крови ☐ Обычный тест → Диагностический тест выполнен? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Результат скринингового теста: ☐ **Реактивный** ☐ **Нереактивный**

диагностика сифилиса: ☐ **Активная инфекция** ☐ **Серологический след** ☐ **Неизвестно** ☐ **Отрицательный**

Пациент направлен в систему здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Пациент связан с системой здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Дата привязки: ____ День ____ Месяц ____ Год

Тест на ВГС

Предыдущие тесты на ВГС ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Последний проведенный тест на ВГС: ☐ Менее 3 месяцев ☐ Менее 12 месяцев ☐ Более 12 месяцев ☐ Не знаю

Предыдущий диагноз ВГС ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Год последнего диагноза ВГС: ____ Год

Получали ли вы лечение? ☐ Да → Какое лечение? ☐ Интерферон → ☐ Лечение завершено ☐ Лечение прекращено ☐ Не знаю; ☐ Новые ПППД → ☐ Лечение завершено ☐ Проходит лечение ☐ Лечение прекращено ☐ Не знаю; ☐ Не знаю

☐ Нет

☐ Не знаю

Проведен тест HVC ☐ Да ☐ Нет

Тип использованного теста: ☐ Оральный экспресс-тест ☐ Экспресс-тест крови ☐ Обычный тест → Выполнен анализ на РНК ВГС: ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Результат скринингового теста: ☐ **Реактивный** ☐ **Нереактивный**

Диагностика ВГС: ☐ **Активная инфекция** ☐ **Серологический след** ☐ **Неизвестно** ☐ **Отрицательный**

Пациент направлен в систему здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Пациент связан с системой здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Дата привязки: ____ День ____ Месяц ____ Год

Тест на ВГВ

Предыдущий тест на ВГВ ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Последний тест на ВГВ ☐ Менее 3 месяцев ☐ Менее 12 месяцев ☐ Более 12 месяцев ☐ Не знаю

Предыдущий диагноз ВГВ ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Год последнего диагноза ВГВ: ____ Год

Выполнен тест на ВГВ ☐ Да ☐ Нет

Тип использованного ☐ Экспресс-тест крови ☐ Обычный тест → Выполнен ли подтверждающий тест? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Результат скринингового теста: ☐ **Реактивный** ☐ **Нереактивный**

Диагноз ВГВ: ☐ **Положительный** ☐ **Отрицательный** ☐ **Неизвестный** → Диагноз ВГВ как: ☐ Острая инфекция ☐ Здоровый носитель ☐ Хроническая инфекция ☐ Перенесённая излеченная инфекция ☐ Не знаю

Пациент направлен в систему здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Пациент связан с системой здравоохранения ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю → Дата привязки: ____ День ____ Месяц ____ Год

Коментарии: ----------