COBATEST NETWORK

ФОРМА ЗБОРУ ДАНИХ ТЕСТУВАННЯ

Назва організації (CBVCT): _____

Місто, де відбувається тестування: _____

Дата тестування: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (День / Місяць / Рік)

Місце тестування: ☐ Офіс організації ☐ Публічне місце ☐ Аутрич поза приміщенням ☐ Місце відпочинку (бар, кафе тощо) ☐ Місце секс-праці ☐ Місце обміну шприців ☐ Сауна чи місце для сексу ☐ Інше:_____

Хто проводить тестування: ☐ Медичний працівник ☐ Соціальний працівник не зі спільноти ☐ Людина зі спільноти ☐ Інший:_____

Унікальний код клієнта, використовуваний організацією: _____

Або

Унікальний код клієнта за системою COBATEST: ☐ (Ґендер (0 цис-чоловік, 1 цис-жінка, 2 транс-чоловік, транс-жінка або небінарна особа)) ☐☐ (День) ☐☐ (Місяць народження) ☐☐☐☐ (Рік) ☐ (Число старших братів) ☐ (Число старших сестер) ☐ (Перша літера імені матері (латиницею))

Характеристики клієнта:

Ґендер: ☐ Цис-чоловік ☐ Цис-жінка ☐ Транс-чоловік ☐ Транс-жінка ☐ Небінарна особа ☐ Інше:_____

Дата народження: ☐☐ (День) ☐☐ (Місяць) ☐☐☐☐ (Рік)

Іноземець: ☐ Так → Країна народження: _____ → Рік прибуття до країни, де проходить тестування ☐☐☐☐ (Рік)

☐ Ні

☐ Не знаю

Чи є клієнт...

☐ Турист

☐ Той, хто зупинився надовго →

- ☐ Студент-іноземець
- ☐ Біженець
- ☐ Резидент
- ☐ Працівник-іноземець
- ☐ Нелеґальний міґрант
- ☐ Інше:_____
- ☐ Пошукач притулку
- ☐ Натуралізований громадянин

Муніципалітет або рідне місто: _____

Чи маєте ви доступ до безкоштовних медичних послуг? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю ☐ Інше: _____

Чи були ви безпритульним протягом минулих 12 місяців? *(жили на вулиці, мешкали в притулку, в автомобілі тощо)* ☐ Так; і нині безпритульний ☐ Так, був, але вже маю житло ☐ Ні ☐ Не знаю ☐ Важко відповісти

Причини тестування: (можливі декілька відповідей)

☐ Через наявність ризику

- ☐ Незахищений ваґінальний секс
- ☐ Незахищений анальний секс
- ☐ Незахищений оральний секс
- ☐ Розірвався презерватив
- ☐ Незахищений секс із секс-працівником (-цею)
- ☐ У мого партнера (-ки) був позитивний результат тесту
- ☐ Випадок використання спільних ін'єкційних матер'ялів
- ☐ Інше: _____

☐ Для контролю чи скринінґу

- ☐ Мій партнер (-ка) попросив мене
- ☐ Перш ніж відмовитись від презервативу з партнером (-кою)
- ☐ Я б хотів (-ла) дитину
- ☐ Перевірка під час вагітності
- ☐ Реґулярний контроль
- ☐ Я тільки хочу знати свій статус
- ☐ Я б хотів почати PrEP / Моніторинґ PrEP
- ☐ Інше: _____

☐ Період вікна після останнього тесту

☐ Наявність клінічних симптомів

☐ Інше: _____

Причини обрання саме цього місця надання CBVCT послуг:

☐ Я приходив сюди раніше ☐ Я бачив буклет цього центра ☐ Інше: _____

☐ Друг чи подруга розповіли мені про це місце ☐ Я знайшов це місце в інтернеті

Поведінкові фактори:

Секс протягом останніх 12 міс.: *(можливі декілька відповідей)* ☐ З цис-чоловіком ☐ З цис-жінкою ☐ З транс-чоловіком ☐ З транс-жінкою ☐ З небінарною особою ☐ У мене не було сексу ☐ Не знаю

Використання презервативу при останньому сексі з проникненням ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Отримання грошей, наркотиків, благ чи послуг в обмін на секс протягом останніх 12 міс. ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Діаґнозовані ІППП протягом останніх 12 міс. ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Вживання наркотиків? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Спосіб уживання наркотиків? *(можливі декілька відповідей)*

☐ Ін'єкція →	Минулого разу	☐ Менше ніж 30 днів	☐ Менше 12 міс.	☐ Колись	☐ Не знаю
☐ Нюхання →	Минулого разу	☐ Менше ніж 30 днів	☐ Менше 12 міс.	☐ Колись	☐ Не знаю
☐ Куріння →	Минулого разу	☐ Менше ніж 30 днів	☐ Менше 12 міс.	☐ Колись	☐ Не знаю
☐ Ковтання →	Минулого разу	☐ Менше ніж 30 днів	☐ Менше 12 міс.	☐ Колись	☐ Не знаю
☐ Інше →	Який саме? _____				

Найчастіше вживаний наркотик *(можливі декілька відповідей)* ☐ Канабіс ☐ Кокаїн / Крек ☐ Амфетамін / метамфетамін ☐ МДМА ☐ Героїн / Інші опіоїди ☐ Нові психоактивні речовини ☐ Інше:_____

Використання ін'єкційного матеріалу, який вже використовувався іншими, протягом останніх 12 місяців, як:

Шприци та/або голки ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Ложки, фільтри, вода ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Використання інших матеріалів для неін'єкційного вживання наркотиків, які вже використовувалися іншими, протягом останніх 12 місяців ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Чи вводили ви наркотики ін'єкційно у в'язниці? ☐ Так ☐ Ні ☐ Ніколи не був у в'язниці ☐ Не знаю

Чи перебуваєте ви зараз на опіоїдній агоністичній терапії? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Вакцинація від ІППП:

Вакцинація від гепатиту А (всі потрібні дози)	☐ Так	☐ Ні	☐ Не знаю
Вакцинація від гепатиту В (всі потрібні дози)	☐ Так	☐ Ні	☐ Не знаю
Вакцинація від папіломавірусу (всі потрібні дози)	☐ Так	☐ Ні	☐ Не знаю
Вакцинація від Мрох (всі потрібні дози)	☐ Так	☐ Ні	☐ Не знаю

Тестування:

Скринінг на ВІЛ:

Раніший тест на ВІЛ ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Коли цей тест був зроблений ☐ Менше 3 міс. ☐ Менше 12 міс. ☐ 3 Більше 12 міс. ☐ Не знаю

Чи поставлено діаґноз ВІЛ? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Коли було поставлено цей діаґноз: Рік

Чи отримуєте ви АРТ-терапію? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Чи проведено зараз тест на ВІЛ? ☐ Так ☐ Ні → Тип використаного тесту: ☐ Швидкий кров'яний тест ☐ Швидкий оральний (слина) тест ☐ З Звичайний тест

Результат скринінґового тесту: ☐ **Реактивний** ☐ **Нереактивний** ☐ **Невизначений**

Чи зроблено додатковий тест на ВІЛ? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Тип додаткового тесту? ☐ Швидкий кров'яний тест ☐ Швидкий оральний (слина) тест ☐ З Звичайний тест

Результат додаткового тесту: ☐ Реактивний ☐ Нереактивний

Чи виконано тест на підтвердження ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Результат підтверджувального тесту: ☐ **Позитивний** ☐ **Негативний** ☐ **Невизначений**

Пацієнта направлено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Пацієнта залучено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Дата залучення: День Місяць Рік

Тест на сифіліс:

Попередні тести на сифіліс ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Останній проведений тест на сифіліс: ☐ Менше 3 міс. ☐ Менше 12 міс. ☐ 3 Більше 12 міс. ☐ Не знаю

Попередній діаґноз сифілісу ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Рік останнього діаґнозу сифілісу: Рік

Виконано тест на сифіліс ☐ Так ☐ Ні

Тип використаного тесту: ☐ Швидкий тест ☐ Звичайний тест → Виконано діаґностичний тест? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Результат скринінґового тесту: ☐ **Реактивний** ☐ **Нереактивний**

Діаґноз сифілісу: ☐ **Активна інфекція** ☐ **Серологічний рубець** ☐ **Невідомо** ☐ **Негативний**

Пацієнта направлено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Пацієнта залучено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Дата залучення: День Місяць Рік

Тест на ВГС:

Попередні тести на ВГС ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Останній проведений тест на ВГС: ☐ Менше 3 міс. ☐ Менше 12 міс. ☐ 3 Більше 12 міс. ☐ Не знаю

Попередній діаґноз ВГС ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Рік останнього діаґнозу ВГС: Рік

Чи отримували ви лікування? ☐ Так → Яке лікування? ☐ Інтерферон → ☐ Лікування завершено ☐ Припинено лікування ☐ Не знаю; ☐ Нові ПДПВ → ☐ Лікування завершено ☐ На лікуванні ☐ Припинено лікування ☐ Не знаю; ☐ Не знаю

☐ Ні

☐ Не знаю

Виконано тест на ВГС ☐ Так ☐ Ні

Тип використаного тесту: ☐ Швидкий оральний (слина) тест ☐ Швидкий кров'яний тест ☐ Звичайний тест → Виконано тест на РНК ВГС? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Результат скринінґового тесту: ☐ **Реактивний** ☐ **Нереактивний**

Діаґноз ВГС: ☐ **Активна інфекція** ☐ **Серологічний рубець** ☐ **Невідомо** ☐ **Негативний**

Пацієнта направлено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Пацієнта залучено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Дата залучення: День Місяць Рік

Тест на ВГС:

Попередній тест на ВГВ ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Останній тест на ВГВ ☐ Менше 3 міс. ☐ Менше 12 міс. ☐ 3 Більше 12 міс. ☐ Не знаю

Попередній діаґноз ВГВ ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Рік останнього діаґнозу ВГВ Рік

Виконано тест на ВГВ ☐ Так ☐ Ні

Тип використаного тесту: ☐ Швидкий кров'яний тест ☐ Звичайний тест → Виконано підтверджувальний тест? ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Результат скринінґового тесту: ☐ **Реактивний** ☐ **Нереактивний**

Діаґноз ВГВ: ☐ **Позитивний** ☐ **Негативний** ☐ **Негативний** → Діаґнози ВГВ як: ☐ Гостра інфекція ☐ Здоровий носій ☐ Хронічна інфекція ☐ Перенесена вилікувана інфекція ☐ Не знаю

Пацієнта направлено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю

Пацієнта залучено до системи охорони здоров'я ☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю → Дата залучення: День Місяць Рік

Коментарі: ----------