

Додаток 3
до Порядку надання послуг серед
представників деяких ключових
груп щодо інфікування ВІЛ
(пункт 5 розділу II)

**Алгоритм
проведення самотестування на ВІЛ з супроводом**

СТ-ВІЛ – процес, за якого надавачі послуг наочно або з використанням демонстраційних матеріалів (очно або дистанційно) демонструють або інструктують про процедуру проведення самотестування й беруть участь в інтерпретації результатів для осіб, які проходять самотестування на ВІЛ, до або під час СТ-ВІЛ. Такий супровід надається додатково до наданої виробником інструкції та інших матеріалів, що входять до набору для СТ-ВІЛ.

СТ-ВІЛ може проводитись особою, яка сама бере в себе зразок для аналізу (навколо ясенну рідину або кров), потім проводить аналіз на ВІЛ і розшифровує результат.

Для надання послуг отримувачу з проведення самотестування з супроводом на ВІЛ надавачу послуги необхідно пройти відповідне навчання з СТ-ВІЛ, тестування на ВІЛ за національним алгоритмом та вивчити інструкцію (інструкції) до швидких тестів, запланованих до використання.

Послуги із СТ-ВІЛ мають включати:

1. Дотестове інформування перед проведенням СТ-ВІЛ:
створення комфортних умов для проведення СТ-ВІЛ;
знайомство або відновлення контакту з отримувачем послуги;
з'ясування/уточнення поведінкових ризиків щодо інфікування ВІЛ (ЛВІН, СП, ЧСЧ тощо). Попередній досвід отримання проведення тестування на ВІЛ (результати й дата останнього тестування на ВІЛ тощо);
повідомлення про дотримання принципів конфіденційності та добровільності;
надання детальної інструкції щодо проведення самотестування з супроводом на ВІЛ, порядок, тривалість його проведення тощо;
отримання згоди на проведення СТ-ВІЛ.

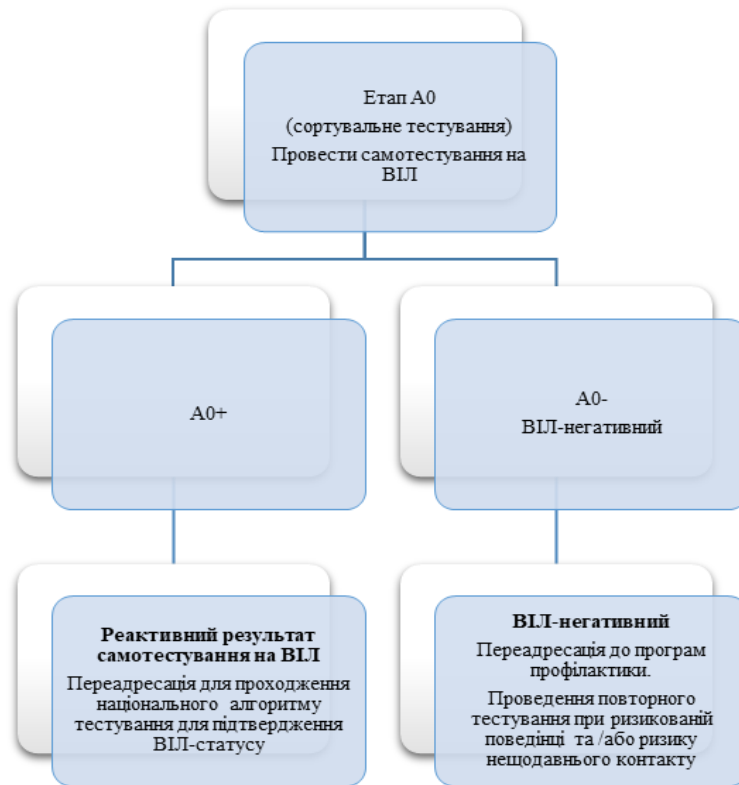
Послуга СТ-ВІЛ не рекомендується людям, які живуть з ВІЛ і отримують АРТ, в зв'язку з можливістю хибнонегативних результатів самотестування на ВІЛ.

2. Проведення СТ-ВІЛ:

проведення інструктажу з процедури СТ-ВІЛ для отримувача послуги, який виявив бажання щодо проходження СТ-ВІЛ, надання допомоги при заборі біологічного матеріалу;

супровід СТ-ВІЛ соціальним працівником, контроль кожного етапу процедури відповідно до інструкцій виробника орального або кров'яного тесту на ВІЛ.

3. Інтерпретація результату. Післятестове консультування.



Результат СТ-ВІЛ не встановлює діагноз ВІЛ.

Реактивний (позитивний) результат СТ-ВІЛ не є підтвердженням ВІЛ-позитивного діагнозу. Усі реактивні результати СТ-ВІЛ мають супроводжуватися подальшим тестуванням відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з переадресацією отримувача послуги до ЗОЗ/ФОП для подальшого встановлення діагнозу;

Нереактивні результати СТ-ВІЛ слід вважати ВІЛ-негативними, без необхідності подальшого тестування, за винятком тих, хто планує розпочинати ДКП або ПКП. Для людей, які починають або вже приймають ДКП або ПКП, самотестування на ВІЛ не може замінити початкові чи наступні шоквартальні візити та тестування на ВІЛ відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Кожну особу з нереактивним результатом тестування слід скерувати до програм профілактики ВІЛ.

Повторне тестування після нереактивного результату СТ-ВІЛ необхідне тим, хто перебуває у групі постійного ризику, наприклад людям із ключових груп

щодо інфікування ВІЛ та тим, хто повідомляв про потенційний ризик інфікування ВІЛ протягом попередніх 12 тижнів.

Ті, хто має недійсні результати СТ-ВІЛ, повинні повторити тест одразу за допомогою іншого набору для самотестування на ВІЛ або звернутися до лікаря. Кожну особу, яка не впевнена щодо результатів самотійного тестування на ВІЛ, слід заохочувати звернутися до лікаря.

Для отримувачів послуг СТ-ВІЛ провести мотиваційне консультування щодо залучення статевих та ін'єкційних партнерів до тестування на ВІЛ-інфекцію.

4. Видача отримувачу послуги інформаційної довідки про результат СТ-ВІЛ:

Назва організації

**Інформаційна довідка
про результат самотестування на ВІЛ з супроводом**

Видана

(унікальний ідентифікаційний код особи, у випадку позитивного результату- код «Case++»)

в тому, що при дослідженні зразків його/її крові або інших біологічних рідин виявлені/не виявлені антитіла/антигени до ВІЛ _____

(потрібне вписати)

(пункт надання послуг)

Назва тест-системи на ВІЛ: _____

Серія, термін придатності тест-системи: _____

Назва закладу охорони здоров'я/ФОП, адреса, режим роботи куди скеровано особу:

(Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та підпис фахівця, який проводив дослідження та видав довідку)

Дата проведення дослідження _____
