

Додаток 8
до Порядку надання послуг з
профілактики ВІЛ серед
представників деяких ключових
груп щодо інфікування ВІЛ
(пункт 2 розділу III)

КАРТКА
отримувача послуг з профілактики ВІЛ серед представників ключових груп щодо інфікування ВІЛ

Дата заповнення картки _____ Представник надавача послуг _____

I. Відомості про отримувача послуг				Код отримувача*									
<i>Статус отримувача (тип картки)</i>				<i>Новий отримувач послуг</i>					<i>Уточнені дані</i>				
<i>Належність до ключової групи*</i>							<i>Стать*</i>						
<i>Дата народження*</i>				<i>Телефон</i>									
II. Оцінка ризиків. Загальні дані													
1. Освіта													
<i>а) неповна середня</i>				<i>в) середня спеціальна</i>				<i>д) вища</i>					
<i>б) середня</i>				<i>г) незакінчена вища</i>				<i>е) навчаюсь</i>					
2. Соціальний статус													
<i>а) постійна робота</i>				<i>в) тимчасова робота</i>				<i>д) пенсіонер</i>					

<i>б) безробітний</i>		<i>г) студент</i>		<i>е) інше</i>	
3. Сімейний статус					
<i>а) одружений(а)</i>		<i>в) розлучений(а)</i>		<i>д) проживаю зі співмешканцем(кою)</i>	
<i>б) неодружений(а)</i>		<i>г) вдовець (вдова)</i>			
4. Кількість дітей					
III. Оцінка ризиків. Вживання психоактивних речовин					
<i>1. Як давно ви вживаєте наркотики (стаж вживання)</i>					
<i>2. Чи вживали ви психоактивні речовини протягом останніх 30 днів?</i>			<i>а) так</i>		<i>б) ні</i>
<i>3. Як часто ви вживаєте психоактивні речовини?</i>					
<i>а) кілька разів на день</i>		<i>в) кілька разів на тиждень</i>		<i>д) кілька разів на рік</i>	
<i>б) один раз на день</i>		<i>г) кілька разів на місяць</i>		<i>е) інше</i>	
<i>4. Який ваш основний наркотик вживання?</i>					
<i>5. Який ваш вторинний наркотик вживання?</i>					
<i>6. Який ваш основний спосіб вживання наркотиків?</i>					
<i>а) ін'єкційний</i>		<i>в) пероральний</i>		<i>д) інтраназальний</i>	
<i>б) куріння або вдихання</i>		<i>г) інше</i>			
<i>7. Чи мали ви досвід спільного використання шприців чи посуду для приготування протягом останніх 30 днів?</i>			<i>а) так</i>		<i>б) ні</i>
<i>8. Чи стоїте на обліку в наркологічному диспансері?</i>			<i>а) так</i>		<i>б) ні</i>

IV. Оцінка ризиків. Сексуальна поведінка					
1. Чи маєте ви зараз сексуального партнера?	а) так		б) ні		
2. Якщо так, чи є він постійним?	а) так		б) ні		
3. Скільки сексуальних партнерів ви маєте?	а) одного		б) більше одного		
4. Як часто ви користуєтесь презервативами?	а) завжди		б) зрідка		в) ніколи
5. Чи використовували ви презерватив під час останнього контакту?	а) так		б) ні		в) не знаю
V. Оцінка ризиків. Залучення до медичних послуг					
1. Чи зверталися ви до лікаря протягом останніх 6 місяців?	а) так		б) ні		
2. Якщо так, коли і з якого приводу?					
3. Чи отримували ви невідкладну допомогу протягом останніх 6 місяців?	а) так		б) ні		
4. Якщо так, коли і з якого приводу?					
5. Чи проходили ви раніше обстеження на такі інфекційні хвороби					
<i>ВІЛ</i>	а) так, позитивний		б) так, негативний		в) ні
<i>Вірусний гепатит В</i>	а) так, позитивний		б) так, негативний		в) ні
<i>Вірусний гепатит С</i>	а) так, позитивний		б) так, негативний		в) ні
<i>ІПСШ</i>	а) так, позитивний		б) так, негативний		в) ні
<i>Туберкульоз</i>	а) так, позитивний		б) так, негативний		в) ні
6. У разі позитивного результату, чи зверталися ви за медичною допомогою?	а) так		б) ні		

<i>7. Чи стоїте ви на обліку в СНІД-центрі?</i>	<i>а) так</i>		<i>б) ні</i>	
<i>8. Чи отримуєте терапію з лікування ВІЛ?</i>	<i>а) так</i>		<i>б) ні</i>	
<i>9. Інша інформація про отримувача послуг:</i>				

* Позиції, обов'язкові для заповнення, усі інші — винятково за згодою отримувача послуг.

Примітки: _____
