**МБФ «Альянс громадського здоров’я»**

**КЕРІВНИЦТВО ПО РЕАЛІЗАЦІЇ НАПРЯМКУ ДКП/PrEP**

**для фахівців НУО**

Оновлена версія станом на 19 серпня 2020 року

**Авторський колектив:**

Віра Яцик, Віктор Ісаков, Оксана Пащук, Ольга Долечек, Христина Вілюра, Надія Янголь, Юлія Хомідова

**Зміст**

[Принципи реалізації компоненту ДКП/PrEP 4](#_bookmark0)

[Алгоритм руху клієнта 5](#_bookmark1)

[Етапи реалізації 6](#_bookmark2)

[Етап 1. Рекрутинг потенційних клієнтів програми 6](#_bookmark3)

[Етап 2. Скринінг на базі НУО 6](#_bookmark4)

[Етап 3. Скринінг в закладі охорони здоров’я 8](#_bookmark5)

[Етап 4. Отримання/прийом препарату ДКП 9](#_bookmark6)

[Етап 5. Завершення соціального супроводу. 9](#_bookmark7)

[Звітність 10](#_bookmark8)

[Документація 11](#_bookmark9)

[Ключові зміни в 2020 році 13](#_bookmark10)

[Додатки до Керівництва 14](#_bookmark11)

[Додаток 1. Анкета учасника програми 14](#_bookmark12)

[Додаток 2. Кейс-форма 15](#_bookmark13)

[Додаток 3. ЗАЯВА щодо збереження конфіденційності 23](#_bookmark14)

[Додаток 4. Талон про отримання ДКП 24](#_bookmark15)

[Додаток 5. Форма оцінки прихильності до ДКП 25](#_bookmark16)

[Додаток 6. Щоденна відомість реєстрації результатів тестування клієнтами на ВІЛ, ІПСШ, гепатити 27](#_bookmark17)

[Додаток 7. Щоденна відомість видачі профілактичних матеріалів 28](#_bookmark18)

[Додаток 8. Облік ДКП в базі SYREX 29](#_bookmark19)

[Додаток 9. Шаблон довіреності на отримання препарату 34](#_bookmark20)4

Реалізація компоненту «Супровід та підтримка до контактної профілактики ВІЛ-інфекції (ДКП/PrEP)» спрямована на виконання одного із завдань схваленої **Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року** – забезпечення доступу до послуг медикаментозної доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції ключовим групам населення.

Детальна контактна інформація про те, де саме в Україні можна отримати послуги соціального супроводу ДКП/PrEP - за посиланням <https://www.arcgis.com/home/webmap/viewer.html?webmap=b72730ae3fe741d5bfcc8c0396c8f48d>

**Метою реалізації компоненту ДКП/PrEP** є зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, ВІЛ-негативних партнерів з дискордантних пар та осіб, які повідомляють про поведінку з високим ризиком інфікування (у тому числі секс-працівники) шляхом впровадження ДКП/PrEP як складової комбінованої програми профілактики та догляду в Україні.

**Діяльність передбачає:**

* Забезпечення соціального та медичного супроводу клієнта програми ДКП/PrEP
* Проведення тестування на ВІЛ не рідше одного разу в квартал
* Отримання клієнтом препарату TDF/FTC

**Цільова аудиторія**

* 1. ЧСЧ (пріоритетна група)
  2. Особи, які мають високий ризик інфікування ВІЛ (секс працівники, люди, які вживають наркотики ін’єкційно (ЛВНІ), трансгендерні люди, партнери СП, партнери ЛВНІ )
  3. ВІЛ-негативні партнери дискордантних пар

НУО, яка реалізує компонент ДКП/PrEP, у наданні послуг соціального супроводу має неухильно дотримуватися визначеної цільової аудиторії, що вказано в погодженій Альянсом таблиці індикаторів.

# Принципи реалізації компоненту ДКП/PrEP

1. **Добровільна участь.** Потенційні клієнти мають бути поінформовані про те, що їхня участь у проекті є добровільною та ознайомлені з формою інформованої згоди, що підписується ними як погодження отримувати послуги проекту та дозвіл використовувати надану клієнтом інформацію. Усі учасники мають підтвердити, що вони розуміють та погоджуються з усіма пунктами інформованої згоди. Всі питання, що виникатимуть у клієнтів, будуть для них адекватно з’ясовані та розтлумачені.
2. **Захист конфіденційної інформації.** Дотримання принципу конфіденційності забезпечує захист від розголошення інформації, пов’язаної зі станом здоров’я клієнта, зокрема, інформації про наявність інших захворювань, про індивідуальну поведінку або про звернення за тими чи іншими послугами. Персонал, залучений в проект, зобов'язується дотримуватися конфіденційності усієї персональної та медичної інформації про стан здоров'я клієнтів проекту і підписують відповідний документ. Усі дані проекту, мають зберігатися із дотриманням принципу конфіденційності.
3. **Відсутність дискримінації.** Надання послуг здійснюється для всіх клієнтів, незалежно національної або релігійної приналежності, кольору шкіри, раси, мови, політичних або інші поглядів, соціального походження, власності, вживання наркотиків, народження або інших статусів. Але тим самим звертаємо Вашу увагу, що, оскільки, програма сфокусована на поліпшення умов життя та здоров’я найбільш дискримінованої та стигматизованої групи, то пріоритети проекту передбачають першочергове залучення клієнтів, які є ЧСЧ.
4. **Повага до рішення клієнта.** В проекті має забезпечуватись право клієнта на прийняття самостійного рішення на будь-якому етапі спільних дій із соціальним працівником. Виходячи з цього, необхідно з’ясовувати потреби клієнта у даному проекті, його бачення проблем та кінцевого результату. Клієнт має право відмовитися від будь-яких дій у будь-який момент, якщо його погляди змінились.
5. **Принцип безкорисливості.** Принцип безкорисності передбачає не тільки виконання соціальним працівником посадових/договірних обов’язків, а й докладання усіх зусиль та використання всіх ресурсів для вирішення конкретної проблеми та/або потреби клієнта. Відносини соціального працівника, медичного консультанта та клієнта не можуть будуватися на основі будь- якої матеріальної зацікавленості. При створенні подібної «дефіцитної» ситуації соціальний працівник приступає до формування черги бажаючих отримати ДКП/PrEP.
6. **Чесність та відкритість** у взаємовідносинах соціального працівника, медичного консультанта та клієнта є основою для довіри та поваги у стосунках. Передбачає повну поінформованість клієнта щодо результатів спільних дій, пояснення причин та планів щодо виправлення помилок і досягнення поставленої мети.

# Алгоритм руху клієнта



**1. Рекрутинг**



**5. Завершення соціального супроводу**



**2. Скринінг в НУО**



**4. Отримання препарату TDF/FTC**



**3. Медичний**

**скринінг в ЗОЗ**

# Етапи реалізації

**Етап 1. Рекрутинг потенційних клієнтів програми.**

***Даний етап може реалізуватися як представниками НУО, так і фахівцями ЗОЗ.***

Рекрутинг клієнтів на базі НУО включає:

* Поширення інформації в соціальних мережах, створення відповідних профілей та поширення інформації через смартфон додатки, що фокусуються на наданні послуг для потенційних клієнтів проекту
* Розміщення інформації на ресурсах організації (сайт, ком’юніті центри, пункти тестування та ін.)
* Використання ресурсу сайту МБФ «Альянс громадського здоров’я» <http://aph.org.ua/uk/pro-nas/napryamy-roboty/dkp/>
* Використання друкованих ресурсів та їх поширення серед спільнот в тематичних клубах, на вечірках, місцях концентрації осіб/молоді, які мають високий ризик інфікуватися
* Рекламну кампанію на веб-ресурс [**http://PrEP.com.ua/**](http://prep.com.ua/)
* Поширення інформації соціальними працівниками НУО безпосередньо під час роботи на аутріч-маршрутах, стаціонарних пунктах.

На базі ЗОЗ через:

* Поширення інформації безпосередньо персоналом ЗОЗ серед пацієнтів, які висловили зацікавленість участі в проекті.
* Поширення інформації серед ВІЛ позитивних клієнтів з метою залучення до проекту потенційних учасників із цільової групи проекту.

Важливою умовою реалізації проекту є переадресація пацієнта, який самостійно звернувся в ЗОЗ, до соціального працівника НУО з метою реєстрації у проекті.

**Етап 2. Скринінг на базі НУО**

**На даному етапі скринінг потенційного клієнта програми ДКП/PrEP, що здійснюється кейс-менеджером, включає в себе:**

* Проведення експрес діагностики на ВІЛ, ІПСШ
* Проведення опитування клієнта із використанням опитувальника, що є частиною кейс-форми (здійснюється у разі негативного результату тесту на ВІЛ)
* Видача направлення в ЗОЗ у разі відповідності критеріям участі в Програмі ДКП/PrEP

Тестування на ВІЛ є обов’язковим при відкритті нового кейсу.

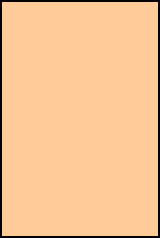
**Критеріями включення учасників в програму ДКП/PrEP на етапі скринінгу є:**

1. Високий ризик інфікування ВІЛ.
2. Приналежність до цільової аудиторії (ЧСЧ, секс-працівники, статеві партнери ЛЖВ (дискордантні пари).
3. ВІЛ-негативний статус (підтверджений в ЗОЗ).
4. Вік – 18 років та старше.
5. Добровільна участь, що підтверджується підписаною інформованою згодою для участі в проекті.

**Участь в програмі НЕ можуть брати клієнти, які мають:**

* ВІЛ-позитивний статус (підтверджений в ЗОЗ);
* Симптоми та/або клінічні ознаки, що відповідають гострій стадії ВІЛ-інфекції: висип, лихоманка, підвищена втомлюваність, біль у горлі, набряки лімфатичних вузлів, кандидоз/виразки ротової порожнини, нічна пітливість, втрата ваги, артралгія (біль у суглобах), міалгія (хронічна або гостра біль у м’язах), ознаки менінгіту.
* Алергію на Тенофовір/Емтрицитабін або будь-якого компоненту даного лікарського засобу.
* Розрахунковий кліренс креатиніну у чоловіків <60мл/хв та у жінок <44мл/хв
* Прийом антиретровірусної терапії (АРТ)

**Під час проведення скринінгу використовується система унікального кодування клієнтів Альянсу**

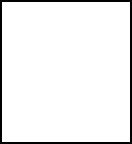
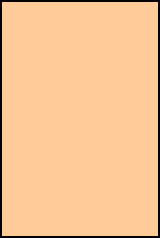


*Перша літера повного*

**імені**

**клієнта**

**І**

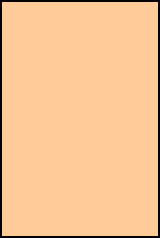


*Перша літера повного*

**імені**

**матері**

**М**

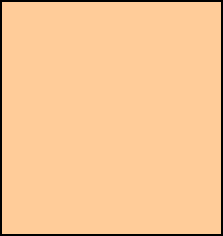


*Перша літера повного*

**імені**

**батька**

**Б**

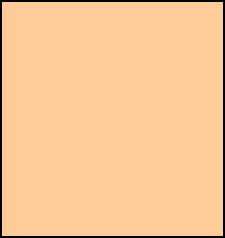


*Число (дві цифри*)

**дня народження клієнта**

**Н**

**Д**



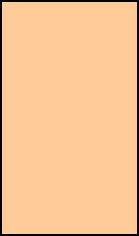
*цифри*

**року народження**

**клієнта**

**Н**

**Р**



**Стать**

**клієнт а**

(*Ч/Ж/Т***)**

**С**

Результати проведення експрес діагностики на ВІЛ, ІПСШ та видачі для клієнтів витратних матеріалів (прим. презервативів) фіксуються соціальним працівником НУО у відповідній первинній документації з подальшим внесенням в базу SYREX документатором.

Якщо за результатами скринінгу в НУО клієнт може бути учасником програми ДКП/PrEP (див. Критерії включення в програму), то кейс-менеджер видає направлення в ЗОЗ та пропонує свої послуги в супроводі.

**Етап 3. Скринінг в закладі охорони здоров’я**

Потенційні клієнти програми ДКП/PrEP можуть відвідати ЗОЗ самостійно або ж звернувшись за допомогою до соціального працівника НУО щодо призначення зустрічі з лікарем.

Учасники мають отримувати запрошення скористатися послугами супроводу соціального працівника з метою проходження усіх видів діагностики, що включені до медичного скринінгу.

**На даному етапі скринінг клієнта НУО здійснюється медичним працівником та включає:**

* Перевірку на наявність симптомів гострої ВІЛ-інфекції
* Проведення тестування на ВІЛ-інфекцію
* Аналіз на креатинін, оцінку кліренсу креатиніну
* Інші обстеження згідно рекомендації/направлення лікаря

**На даному етапі ДКП/PrEP НЕ може бути призначена для тих клієнтів, які мають:**

* Підтверджений в ЗОЗ ВІЛ-позитивний статус
* Симптоми та/або клінічні ознаки, що відповідають гострій стадії ВІЛ-інфекції
* Алергію на Тенофовір/Емтрицитабін або будь-якого компоненту даного лікарського засобу
* Розрахунковий кліренс креатиніну у чоловіків <60мл/хв та у жінок <44мл/хв
* Прийом АРТ

Якщо за результатами медичного скринінгу участь у проекті НЕ буде рекомендована, то клієнт отримує від соціального працівника НУО відповідні роз’яснення, а також інформацію щодо інших сервісів, що є можливим отримати в НУО.

У разі підтвердження позитивного результату діагностики на ВІЛ-інфекцію в ЗОЗ клієнту:

* пояснюється переваги постановки на медичний облік та своєчасне призначення лікування. Обговорюються питання профілактики інфікування статевого партнера та мотивування пройти тестування на ВІЛ ним\нею.
* надається інформація щодо послуг соціального супроводу діючих проектів у регіоні.

**Етап 4. Отримання/прийом препарату ДКП**

Видача препарату ДКП та медичне спостереження під час прийому клієнтом здійснюється виключно лікарем ЗОЗ. На даному етапі, соціальному працівникові необхідно підтримувати безперервну комунікацію з клієнтом.

Передбачається, що на базі НУО протягом проектного року буде проводитися ряд регулярних обстежень клієнта програми ДКП/PrEP .

**Графік проведення обстежень клієнта програми ДКП/PrEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вид**  **обстеження** | **Місяць 0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| Тест на ВІЛ | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |
| Кліренс креатинін у | + |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  |  |
| Тест на ІПСШ | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Етап 5. Завершення соціального супроводу.**

В рамках проекту передбачено, що супровід клієнта буде здійснюватися протягом 12-и місяців.

Протягом всього періоду супроводу кейс-менеджер має надати клієнту програми ДКП не менше 4х консультацій (що відмічається в Щоденній відомості надання послуг).

Перед завершенням участі в проекті (на 12-му місяці прийому ДКП/PrEP) клієнт на базі НУО має змогу отримати:

* фінальне консультування соціального працівника
* тестування на ВІЛ

##### \*Звертаємо увагу, що термін прийому препаратів ДКП/PrEP може бути менший ніж 12 місяців, оскільки клієнт міг бути включений до програми на вакантне місце після вибуття або виключення інших клієнтів, які раніше приймали участь в проекті. Тому фінальне консультування соціального працівника може відбуватись і раніше зазначеного терміну!

##### \*Звертаємо увагу, що клієнт програми може продовжувати прийом препаратів ДКП/PrEP після 12-и місячного супроводу, самостійно отримуючи його в ЗОЗ.

**Передчасне виключення клієнта з проекту відбувається у разі наявності наступних причин:**

* клієнт самостійно виявив таку ініціативу
* в ЗОЗ підтверджено ВІЛ-позитивний статус
* клієнт вчасно не з’явився за наступною дозою препарату ЗОЗ

та мають місце безуспішні тривалі (протягом двох місяців) спроби зв'язатися з учасником щодо перевпорядкування призначення чи потреби проходити планові обстеження/консультації на базі ЗОЗ

* клієнт змінив місце проживання
* наявна рекомендація лікаря зупинити прийом препарату (прим. через наявність побічних ефектів).

В разі, якщо відбувається виключення клієнта з програми (через будь-яку з вище вказаних причин), кейс потрібно обов’язково закрити, в тому числі – в базі SYREX. Тим не менше, якщо клієнт, який самостійно відмовився приймати препарат, так само виявить ініціативу продовжити прийом, то відкривається новий кейс та повторно проводиться скринінг в НУО (етап №2)

**У випадку сероконверсії ВІЛ-статусу клієнта, протягом прийому ДКП/PrEP, кейс-менеджер:**

* заповнює відповідні документи.
* надає консультацію та детальну інформацію щодо подальшого обстеження та лікування у зв’язку з ВІЛ-інфекцію.
* передає до програми «Кейс-менеджмент» для подальшої постановки під медичний нагляд та початку прийому АРТ.

# Звітність

Звітність за напрямком відбувається шляхом:

1. внесення інформації в базу SYREX документатором
2. подання копій первинної документації до Альянсу в рамках квартальної звітності.

В базі передбачено заповнення трьох видів документів:

1. Щоденна форма.
2. Тестування.
3. Кейси ДКП

Частота внесення інформації в базу - не рідше 1 разу в 10 робочих днів.

В рамках квартальної звітності, необхідно надіслати в Альянс скан-копії Талонів отримання ДКП (детальна інформація щодо звітності див. в Інструкції з обліку програмної діяльності).

Дата(и) подачі звітності – згідно затвердженої проектної Угоди.

# Документація

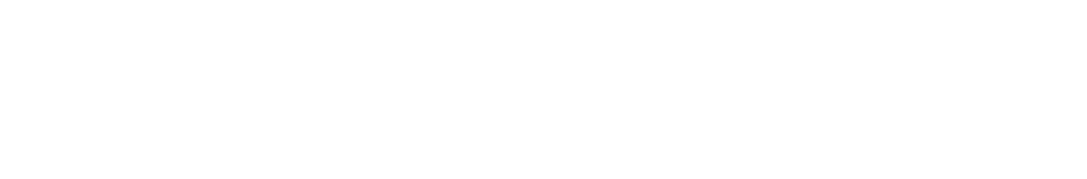
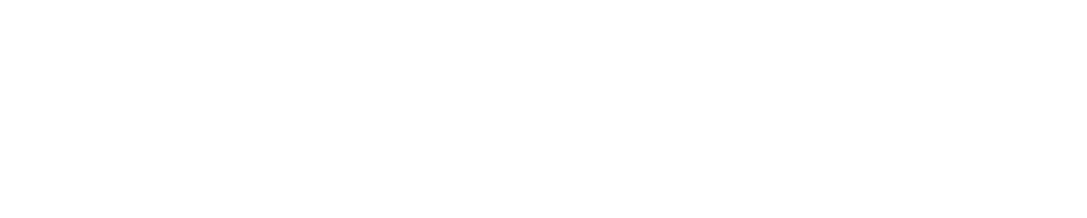
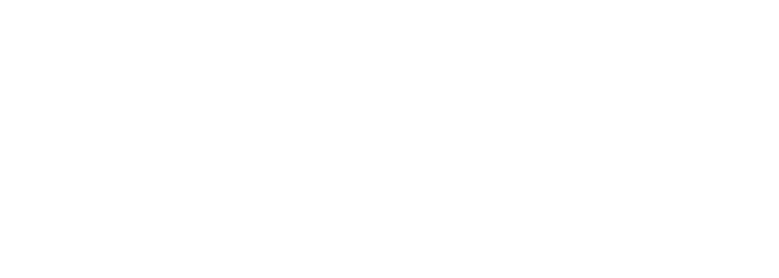
Вся документація за проектом має зберігатися з дотриманням принципу конфіденційності. Доступ до документації (паперової, електронної) має виключно персонал проекту та, в разі потреби, представники Альянсу та донора (аудитори). Всі електронні файли, що використовуються в рамках реалізації проекту, мають бути захищені паролем.

Перелік шаблонів документів, що мають заповнюватися/вестися кейс-менеджером напрямку ДКП/PrEP :

1. Анкета учасника програми
2. Щоденна відомість надання послуг в проектах профілактики
3. Щоденна відомість реєстрації результатів тестування
4. Кейс-форма
5. Заява щодо збереження конфіденційності
6. Талон(и) на отримання ДКП/PrEP
7. Форма оцінки прихильності до ДКП

Перелік шаблонів документів, що мають заповнюватися медичним працівником ЗОЗ:

1. Амбулаторна картка пацієнта.
2. Талони на отримання ДКП (печатка, підпис).



**Перший візит клієнта (нульовий)**

* Анкета учасника програми
* Щоденна відомість надання послуг в проектах профілактики
* Щоденна відомість реєстрації результатів тестування
* Кейс-форма (початок заповнення)
* Талон на отримання ДКП/PrEP

**Візит через місяць після прийому ДКП**

* Кейс-форма
* Форма оцінки прихильності до ДКП
* Талон на отримання ДКП
* Щоденна відомість надання послуг в проектах профілактики (*якщо такі були надані)*

**Візит клієнта через 3,6,9 та 12 місяців після початку**

* Кейс-форма
* Форма оцінки прихильності до ДКП
* Талон на отримання ДКП
* Щоденна відомість надання послуг в проектах профілактики (*якщо такі були надані*
* Щоденна відомість реєстрації результатів тестування

# Додатки до Керівництва

Додаток 1. Анкета учасника програми

***Анкета учасника програми***

***«Профілактика ВІЛ, раннє виявлення ТБ серед груп ризику»***

|  |
| --- |
| **Код клієнта:** |
| **SYREX** |
| **Case++:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

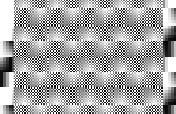
***1.Основна інформація***

|  |  |
| --- | --- |
| **Основна ГР** | Джерело залучення нового клієнта: |
| Вторинна(і)  ГР |  |

1. ***Стан здоров’я:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Чи проходив**  **тестування на захворювання** | *Коли-небудь в*  *житті(так/ні)* | *За*  *останні 6 місяців* | *Знає*  *-*  *(негатив.)* | *Знає*  *+*  *(позитив.)* | *На*  *лікуванні ВІЛ/СНІД,*  *з якого року* |
| ВІЛ / СНІД |  |  |  |  |  |
| Туберкульоз |  |  |  |  |  |
| Гепатит В |  |  |  |  |  |
| Гепатит С |  |  |  |  |  |
| ІПСШ |  |  |  |  |  |

3.Наркотики



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Стаж споживання наркотиків (років)**  **Частота споживання**  **наркотику**  *Час від часу Раз на тиждень Кілька разів на*  *тиждень*  *Раз на день*  *Кілька разів на день* | **Основний наркотик**    **Вторинний наркотик** | **Основні способи**  **споживання наркотику**  *Ін’єкція Пероральний (у*  *пігулках)*  *Інтерназальний (через ніс)*  *Куріння або вдихання Анальний* |

***4.Соціальний статус***

новий клієнт клієнт

вторинного обміну

зміна даних клієнта або втрата картки

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Освіта**  *Незакінчена середня*  *Середня Середня спеціальна*  *Незакінчена вища Вища*  **Місце проживання**  *Місто СМТ, село Без місця*  *проживання* | **Перебуває на обліку**  *в наркодиспансер*і  **Працевлаштування** *Постійна робота Тимчасова робота Безробітний Комерційний секс Студент*  *Інше* | **Кількість дітей**  **Проблеми з законом**  *Не судимий*  *Умовно засуджений Був ув’язнений* |

Дата заповнення

Соц. працівник

*(Прізвище, підпис )*

Додаток 2. Кейс-форма

**Кейс-форма Інформована згода на участь у проекті**

**(заява щодо конфіденційної інформації, яка використовується у рамках участі у благодійних програмах та проектних заходах)**

Цією заявою я, ,

##### (вказати П.І.Б.)

висловлюю своє бажання прийняти участь у проекті супроводу та підтримки доконтактної профілактики ВІЛ (ДКП/PrEP) та отримувати благодійну допомогу у формі послуг, пов'язаних із зменшенням ризику інфікування ВІЛ, а також отримувати відповідний соціальний супровід.

Мені відомо, що відповідні медичні працівники та інші особи, яким у процесі виконання їхніх професійних обов'язків стає відома інформація щодо моїх медичних обстежень та їх результатів, а також подробиці мого особистого та сімейного життя, не мають права розголошувати зазначену інформацію, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством. Крім цього, мені відомо, що зазначена інформація є конфіденційною.

Цією заявою я свідомо надаю свою інформовану згоду на збір, зберігання, використання та поширення вище вказаної конфіденційної інформації за участю інших медичних працівників, інших юридичних та приватних осіб, зайнятих у цьому проекті чи у відповідних медичних установах з метою діагностики ВІЛ-інфекції та інших захворювань, а також отримання мною відповідного комплексного соціального супроводу. Зокрема, я не заперечую щодо доступу соціальних робітників/кейс-менеджерів, які будуть надавати мені послуги, до медичної

документації, що містить мою конфіденційну інформацію.

Маючи у своєму розпорядженні необхідну інформацію, та усвідомлюючи всі права, які надаються мені відповідно до закону України "Про захист особистої інформації", при цьому я підтверджую свою згоду на проведення обробки моїх особистих даних (будь-які дії або сукупність дій, таких як збір, реєстрація, накопичення, збереження, коригування, зміна, оновлення, використання та поширення, реалізація, передача), деперсоналізацію, знищення персональних даних, зокрема, з використанням інформаційних (автоматизованих) систем з метою визначення мого ВІЛ-статусу, профілактики ВІЛ-інфекції, отримання мною відповідного комплексного соціального супроводу, а також виконання тестів та обстежень у межах планування програми профілактики ВІЛ-інфекції.

Дата Підпис

А. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ, ПРОЕКТ ТА КЕЙС-МЕНЕДЖЕРА

А1. **Назва організації**

А2. **Місто**

А3. **Проект: GF APH 2018-2020**

А4. **П.І.Б. кейс-менеджера**

**B. ІНФОРМАЦІЯ ПРО КЛІЄНТА(ку)**

B1. **П.І.Б клієнта(ки)**

B2. **Код клієнта у проекті профілактики SYREX** ⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞

*Правило формування коду: 1 - перша літера повного імені клієнта укр.мовою, 2 - перша літера повного імені матері клієнта укр.мовою, 3- перша літера повного імені батька клієнта укр.мовою, 4-5 - день народження клієнта, 6-7 - дві останні цифри року народження клієнта, 8 - стать клієнта (ч/ж/т)*

B3 **Код клієнта CASE++** ⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞

*Правило формування коду: 1-3 - перші три літери прізвища, 4-5 перші дві літери повного імені, 6-7 перші дві літери по-батькові, 8-9 - день народження, 10-11 - місяць народження, 12-13 - рік народження, 14 - стать клієнта (ч/ж)*

B4 **Код клієнта МІС** ⃞⃞⃞⃞⃞⃞⃞

*Правило формування коду МІС: Код складається з цифр і літерного символу (К), де «К» означає "кандидат"*

*- людину, яка отримує ДКП (PrEP) або ще не підтвердила ВІЛ-статус. Довжина коду - від 1 символу до 7 символів. Літера може бути тільки одна і тільки в кінці коду.*

B5. **Категорія клієнта:**

*Категорія клієнта відображає його статус відносно отримання підтверджувальної діагностики в закладі охорони здоров’я та надалі - початку прийому ДКП/PrEP. При цьому необхідно використовувати такі питання:*

1. **Чи приймаєте Ви ДКП/PrEP зараз/на даний момент?**
   1. Так (**категорія 5**, не потребує супроводу). Кінець опитування
   2. Ні - Задаємо питання №2.
2. **Чи приймаєте на даний час АРТ (для лікування ВІЛ або постконтактну профілактику?**
   1. Так - (**категорія 4,** потребує перевірки інформації в ЗОЗ). Кінець опитування.
   2. Ні - Задаємо питання №3.

**3. Чи мали Ви сексуальні стосунки з ВІЛ-позитивним партнером, який не приймає АРТ протягом останніх 6 місяців?**

* 1. Так.
  2. Ні (**категорія 3**) кінець опитування.

1. **Чи мали Ви досвід спільного ін'єкційного вживання наркотиків протягом останніх 6 місяців?**
   1. Так.
   2. Ні (**категорія 2**) кінець опитування.
2. **Чи мали Ви, протягом останніх 6 місяців, сексуальні контакти з представниками ключових груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ?**
   1. Так.
   2. Ні (**категорія 1**) кінець опитування.

*У разі позитивної відповіді клієнта на будь-яке із запитань №3-5 (категорії клієнта 1-3), клієнт може бути направлений на проходження медичного скринінгу безпосередньо в ЗОЗ*

*Потім необхідно верифікувати (перевірити) отриману від клієнта інформацію в ЗОЗ. За результатами верификації ставиться позначка у колонці “Перевірено в ЗОЗ”. Якщо під час верифікації буде отримано інформацію, що клієнт приймає ДКП/PrEP або АРТ, супровід необхідно припинити, а кейс визнати недійсним.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Зі слів клієнта** | **Перевірено в ЗОЗ** |
| **До участі в проекті клієнт:** |  |  |
| B5.1. Приймає ДКП/PrEP (**категорія 5**). Не потребує супроводу у разі підтвердження в ЗОЗ) | ⃞ | ⃞ |
| B5.2. Приймає АРВ терапію (**категорія 4).**  Не потребує супроводу у разі підтвердження в ЗОЗ) | ⃞ | ⃞ |
|  |  |  |
| В5.3. **Дата першого контакту з клієнтом (відповідає даті підписання інформаційної згоди)** | В6**. Дата верификації даних** | |
| **/ /**  число місяць рік | **/ /**  число місяць рік | |

B6. **Ким був направлений до кейс-менеджера?**

* 1. Персоналом НУО
  2. Персоналом лікувально-профілактичного закладу
  3. Самозвернення
  4. Інше (вказати)

B7. **Група ризику (відмітити основну групу):**

* + 1. ЧСЧ
    2. СП
    3. ЛВНІ
    4. Партнер ЛВНІ
    5. Партнер / клієнт СП
    6. Транс\* людина
    7. Партнер ЛЖВ

С. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

|  |  |
| --- | --- |
| **С1. Дата народження** |  |
| **С2. Стать** | ⃞ **Ч** ⃞ **Ж** ⃞ **Т** |
| **С3. Контактна інформація** | С3.1.Адреса проживання  С3.2.Адреса електронної пошти (e-mail)  С3.3.Номер телефону |
| **С4. Місце роботи** | ⃞ постійне ⃞ студент  ⃞ тимчасове ⃞ на пенсії (за віком/станом здоров’я)  ⃞ безробітний ⃞ у декретній відпустці  ⃞ інше (вказати ) |
| **С5. Ім’я та телефон контактної особи клієнта** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **С6. Сімейний стан** | ⃞ проживаю разом з сексуальним партнером/партнеркою  ⃞ не проживаю разом з сексуальним партнером/партнеркою |
| **С7. Наявність дітей** | ⃞ ТАК ⃞ НІ |
| **С8. Інформація про клієнта, яка необхідна кейс-**  **менеджеру** |  |
| **C9.Існуючі бар’єри, що можуть затримати початок прийому ДКП/PrEP** | ⃞ відсутність документів ⃞ відсутність прописки  ⃞ географічна віддаленість Центру СНІД  ⃞ не усвідомлення потреби в ДКП/PrEP  ⃞ недовіра до лікарів  ⃞ віра в те, що ВІЛ не існує ⃞ страх побічних реакцій  ⃞ інше (вказати) |

D. ЖУРНАЛ ОБСТЕЖЕНЬ

*До цієї таблиці вноситься інформація щодо усіх медичних обстежень, які проходив клієнт*

*у проекті*

*протягом року*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Назва обстеження** | **Дата виконання** | **Результат** |
| **D1. Обстеження на антитіла до ВІЛ**  **(швидкий тест - асистоване тестування)** |  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
|  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
|  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
|  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D2. Обстеження на антитіла до ВІЛ**  **(ІФА/швидкий тест для підтвердження у ЛПЗ)** |  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
|  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
|  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
|  | ⃞ позитивний  ⃞ негативний |
| **D4.1. Обстеження на креатинін** |  | мл/хв |
|  | мл/хв |
|  | мл/хв |
|  | мл/хв |
| **D8. Обстеження на гепатит В** |  | ⃞позитивний  ⃞негативний |
| **Інше:** |  |  |

F. ЖУРНАЛ УЧАСТІ У ПРОГРАМАХ ЛІКУВАННЯ

*До цієї таблиці вноситься інформація щодо всіх видів лікування, що отримував клієнт під час cупроводу*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид лікування** | **Чи діагностовано**  **супутнє захворювання** | **Дата початку лікування** |
| **F1.Лікування ВІЛ** | ⃞ Так  ⃞Ні |  |
| **F2. Лікування гепатиту В** | ⃞ Так  ⃞Ні |  |
| **F3. Інше (вказати)** | ⃞ Так  ⃞Ні |  |

1. СПРЯМУВАННЯ НА УЧАСТЬ У ПОДАЛЬШИХ ІНТЕРВЕНЦІЯХ

⃞ Клієнта спрямовано на участь у програмі «Кейс-менеджмент/лікування за підтримки спільнот» через виявлення ВІЛ-позитивного статусу

(Дата початку участі) (П.І.Б. кейс-менеджера напрямку СІТІ) (підпис)

1. НАВЕДЕНА ІНФОРМАЦІЯ ЗАПОВНЮЄТЬСЯ КЕЙС-МЕНЕДЖЕРОМ ПРОЕКТУ ДКП/PrEP ПРИ ЗАВЕРШЕННІ РОБОТИ З КЛІЄНТОМ

**H1. Цілі кейс-менеджменту, що було досягнуто**

*У першому стовпчику відмітьте всі цілі проекту, що було досягнуто, у другому - вкажіть дату отримання даної послуги, а у третьому – заклад, у якому було надано послугу*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Результат роботи кейс-менеджера** | | | **Дата (число/місяць/рік)** | **ЗОЗ, у якому клієнт отримав послугу** |
| **H1.1. Початок прийому ДКП/|PrEP** | | |  |  |
|  | | |  |  |
| **H1.2.** | **Друга видача ДКП/|PrEP** | |
| **H1.3.** | **Третя видача ДКП/|PrEP** | |  |  |
| **H1.4.** | **Виявлений ВІЛ-позитивний** | |  |  |
| **статус, підтверджений в ЗОЗ** | |  |
| **H1.5. Перенаправлення в програму**  **«Кейс-менеджмент/лікування за підтримки спільнот»** | | |  |  |

**H2. Результати завершення кейсу**

* 1. Завершення періоду соціального супроводу (успішне отримання клієнтом ДКП/PrEP не менше 3-х разів в 2020 р.)
  2. Відмова клієнта приймати ДКП/PrEP
  3. Клієнт відмовився від соціального супроводу
  4. Виявлений ВІЛ-позитивний статус, підтверджений в ЗОЗ
  5. Рішення лікаря із-за наявності побічних ефектів через прийом ДКП/PrEP
  6. Клієнт змінив місце проживання
  7. Втрата зв’язку з клієнтом
  8. Інше (вказати)

**H.3. Якщо ціль супроводу (початок прийому ДКП/PrEP) не було досягнуто, вкажіть причину:**

*Обведіть лише один варіант відповіді.*

**3.1.1.** Позитивний результат тесту на ВІЛ

**3.1.2.** Рішення лікаря не призначати ДКП/PrEP

**3.1.3.** Втрачено зв’язок

**3.1.4.** Клієнт змінив місце проживання - переїхав до іншого населеного пункту

**3.1.5.** Самостійне рішення клієнта відмовитися від послуг кейс-менеджера

**3.1.6.** Порушення умов супроводу

**3.1.7.** Смерть клієнта

**3.1.8.** Відсутність препарату ДКП/PrEP в ЗОЗ

**3.1.9.** Інше (вкажіть, що саме)

**H4. Рішення про завершення роботи з клієнтом**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(Дата)* | *(П.І.Б. керівника проекту)* | *(підпис)* |
| *(Дата)* | *(П.І.Б кейс-менеджера)* | *(підпис)* |
| *(Дата)* | *(П.І.Б клієнта/клієнтки)* | *(підпис)* |

**Додаток 3. ЗАЯВА щодо збереження конфіденційності**

**ЗАЯВА**

**щодо збереження конфіденційності**

Я,

##### (прізвище, ім'я, по батькові) (вказати посаду)

у *(вказати назву проекту),* який виконується

*(вказати назву організації)* заявляю про наступне.

Мені відомо, що у ході виконання мною своїх функціональних обов'язків як

(вказати посаду) у моє розпорядження буде надаватися конфіденційна інформація.

Я усвідомлюю, що будь-яка інформація стосовно будь-яких осіб, які беруть участь у проекті, у тому числі, крім іншого, відомості про особисте (приватне) життя, національність, освіту, сімейний стан, релігійні погляди, стан здоров'я, а також адреса, дата та місце народження, вважатиметься конфіденційною.

Я зобов'язуюсь вжити всіх необхідних заходів з метою забезпечення конфіденційності будь-яких документів, що мені передаються, у тому числі, крім іншого, індивідуальної картки клієнта, індивідуального плану підтримки клієнта, медичних висновків (сертифікатів) та результатів аналізів, довідок (сертифікатів) від органів державного та міського управління. Крім цього, я зобов'язуюсь не робити копії з документів, які мені надаються, а також їх не опубліковувати та не розповсюджувати.

Мені відомо, що розголошення та поширення конфіденційної інформації є протизаконною дією та тягне за собою кримінальну відповідальність за Статтею 182 Кримінального кодексу України.

Своїм підписом нижче я зобов'язуюсь вжити всіх необхідних заходів для забезпечення конфіденційності отриманої мною інформації.

(Підпис)

(ПІП кейс-менеджера)

(Дата)

**Додаток 4. Талон про отримання ДКП**

***Талон про отримання ДКП***

ПІБ клієнта Код о

бстеження:

Код клієнта ГО (Ідентифікатор в SYREX):

Ідентифікатор в ІС «Case++»:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Назва закладу охорони здоров’я (ЗОЗ):

**Основна частина направлення**

Адреса ЗОЗ\*\*: (назва міста, вулиці та № будинку)

Контактний телефон ЗОЗ\*\*:

ПІБ лікаря:

Повна назва громадської організації (ГО)\*\*: тел. ГО \*\*:

ПІБ соц. працівника, який супроводжує клієнта:

Контактний телефон соц.працівника:

(Місце відрізання)

**Повторне отримання доконтактної профілактики**

Назва ГО\*\*:

**Відривний талон 2**

Проект ГО\*\*: ДКП/PrEP

Назва ЗОЗ\*\*:

Код клієнта ГО \* Ідентифікатор в ІС «Case++» (МІС):

Код клієнта в МІС (індивідуальний номер):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

ПІБ, підпис та печатка лікаря:

м/п

Дата повторного отримання ДКП

« » 20\_ р.

(Місце відрізання)

**Початок доконтактної профілактики**

Назва ГО\*\*:

**Відривний талон 1**

Проект ГО\*\*: ДКП/PrEP

Назва ЗОЗ\*\*:

Код клієнта ГО \* Ідентифікатор в ІС «Case++» (МІС):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ПІБ, підпис та печатка лікаря:

м/п

Код клієнта в МІС (індивідуальний номер):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Дата початку ДКП

«\_ » 20 \_р.

**Додаток 5. Форма оцінки прихильності до ДКП**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма оцінки прихильності до ДКП** | | | | | |
| **Дата візиту** |  | **Код Case++** | |  | **Код МІС** |
|  |  |  | |  |  |
| **Унікальний код в SYREX** |  | **П.І.Б. консультанта** | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **1. Чи відчуваєте Ви якісь побічні ефекти?** | | | | | |
| Так |  | Ні | |  |  |
| **2. Скільки пігулок Ви не прийняли за останній місяць?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **3. Скільки пігулок Ви прийняли за останні 7 днів?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **4. Скільки пігулок в середньому Ви приймаєте протягом тижня?** | | | | | |
| Кількість |  | не пропускаю | |  |  |
|  |  | Використовувати пігулок | органайзери для |  |  |
|  |  | | | | |
|  |  | Приймати PrEP препаратами, щоденно | разом з іншими що приймаються |  |  |

|  |
| --- |
| Використовувати нагадування за допомогою телефона |
| Відзначати кожен прийом у календарі |
| Тримати пляшку з водою у полі зору в якості нагадування  щодо щоденного обов'язкового ритуалу (як чищення зубів) |
| Прихильність максимальна |
| Інше. Будь ласка, опишіть, що саме. |

**Додаток 6. Щоденна відомість реєстрації результатів тестування клієнтами на ВІЛ, ІПСШ, гепатити**

**Організація**

**Назва тесту**

***Щоденна відомість***

***реєстрації результатів тестування клієнтами на ВІЛ, ІПСШ, гепатити***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | |  | |  | **Серія тесту** |  |  |  |  |
| **Пункт надання послуг** | |  | | **Термін**  **придатності** |  |  |  |  |
| **ПІБ соц.працівника** | |  | | **t повітря (◦C)** |  |  | | |
| **№ п/п** | **Код клієнта** | **Результат безпосередньо асистованого самотестування:** | | | | **Ідентифікатор**  **«Case++» (для ВІЛ+)** | **Назва ЗОЗ,**  **до якого був перенаправлений клієнт для уточнення результату швидкого тесту** | | |
| *позитивний, негативний, недійсний* | |  |  |
| **ВІЛ** | **Сифіліс** | **Гепатит B (HbsAg)** | **Гепатит С** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Загальна кількість**  **клієнтів** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Підпис соц.працівника** |  |

**Додаток 7. Щоденна відомість видачі профілактичних матеріалів**

***Щоденна відомість надання послуг в проектах з профілактики ВІЛ/ТБ серед уразливих груп***

**Відомість щоденного обліку** Організація:

Дата: Пункт:

Надавач (-і) послуг:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код клієнта | Новий клієнт |  | | Видача | | | | | | Консультація | Результат ТБ скринінга (позитивний/ негативний) | Симптом  «кашель (так/ні) | Перенаправлено в ЗОЗ | Інші послуги |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Загальна кількість клієнтів: |  |  |  |  |  |  | Підпис основного надавача послуг: | | | |  |  |  |  |

**Додаток 8. Облік ДКП в базі SYREX**

**Облік за компонентом ДКП**

Пакет документів для кожного учасника програми ДКП складається з Кейс-форми; Інформованої згоди на участь у проекті; Анкети учасника програми; Щоденної відомості надання послуг в проектах профілактики ВІЛ/ТБ серед уразливих груп та Щоденної відомості реєстрації результатів тестування клієнтами на ВІЛ, ІПСШ, гепатити; талонів на отримання ДКП/PrEP, Форми оцінки прихильності до ДКП.

Кейс-форма

###### Заповнення:

Кейс-форма є основним документом в рамках реалізації компоненту ДКП/PrEP, що заповнюється кейс-менеджером протягом всього етапу супроводу одного клієнта. А також - одним з інструментів первинного скринінгу на рівні НУО.

Щоденна відомість реєстрації надання послуг для проектів профілактики ВІЛ серед уразливих груп

###### Заповнення:

У разі якщо учасник програми отримує в НУО профілактичні матеріали, кейс-менеджер фіксує це в Щоденній відомості використовуючи при цьому систему унікального кодування рекомендовану Альянсом. У відомості також відмічається перенаправлення клієнта до лікаря- інфекціоніста.

Щоденна відомість реєстрації результатів тестування клієнтами на ВІЛ, ІПСШ, гепатити

###### Заповнення:

Результати проходження тестування клієнтом (на ВІЛ, ІПСШ) фіксується в Щоденній відомості реєстрації результатів тестування.

Відповідно до Алгоритму переадресації клієнтів НУО до ЗОЗ та взяття їх під медичний нагляд та початку АРТ (див. Додаток 11) організації надають квартальні та річні звіти про надані послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію представників груп ризику з використанням швидких тестів та методом ІФА, взяття під медичний нагляд та початку АРТ.

Для заповнення квартального Звіту відповідальні особи НУО у регіонах подають узагальнені дані за графами 1, 2, 3 Звіту до обласних, Київського міського центрів профілактики та боротьби зі СНІДом до 10 числа місяця, наступного за звітним кварталом.

Для заповнення річного Звіту відповідальні особи НУО підсумовують та уточнюють річні дані на підставі бази SYREX та заповнюють графи 1-3 річного Звіту до 15 числа місяця, наступного за звітним роком.

Копії даних звітів надаються в Альянс в рамках встановлених термінів по програмній звітності.

Талони про отримання ДКП

###### Заповнення:

Основна частина бланку, а також інші поля, помічені двома зірочками, заповнюються відповідним працівником НУО до видачі його надавачу послуг, ставиться печатка НУО. Поля з кодом клієнта та ідентифікатором Case++ заповнюються безпосередньо перед видачою клієнтові. У відривні талони інформація (окрім позначеної зірочками) вноситься в ЗОЗ. На відривних талонах ставиться печатка і підпис лікаря.

Далі талони передаються лікарем до НУО (раз на тиждень). Корінець перенаправлення (основна частина) залишається в медустанові як підтвердження звернення клієнта.

Інформація з відривних талонів вноситься в довідник «Кейси ДКП».

###### Умови зберігання:

У надавача послуг має зберігатися достатня кількість частково заповнених бланків перенаправлень для видачі при необхідності клієнтам. Бланки перенаправлень зберігаються в ЗОЗ, заповнені відривні талони передаються лікарем в організацію.

В організації талони зберігаються разом із Кейс-формами.

Форма оцінки прихильності до прийому ДКП

###### Заповнення:

Вперше форма оцінки прихильності до прийому ДКП заповнюється соціальним працівником після першого місяця прийому препарату ДКП клієнтом. Періодичність її заповнення – через 3, 6, 9 та 12 місяців для кожного клієнта окремо.

Інформована згода на участь у проекті

###### Заповнення:

Інформована згода підписується клієнтом після підтвердження відсутності протипоказань безпосередньо в ЗОЗ та перед отриманням препарату вперше.

###### Моніторинг і перевірка документації:

Двічі на місяць документатор та керівник напрямку/проекту мають перевіряти відповідність інформації перенесеної в базу з Кейс-форми; відповідність даних з талонів із даними, внесеними до системи; відповідність даних з талонів з підсумковими даними в звіті «Звіт по кейсам ДКП». Перевіряється наявність всіх форм на клієнтів, що знаходяться на етапі супроводу або з якими завершено супровід.

Під час моніторингового візиту фахівцями Альянсу вибірково перевіряється вся документація за компонентом.

Вся документація за напрямком має зберігатися з дотриманням принципу конфіденційності. Доступ до документації (паперової, електронної) має виключно персонал проекту (в разі потреби

- представники Альянсу). Всі електронні файли, що використовуються в рамках реалізації, мають бути захищені паролем.

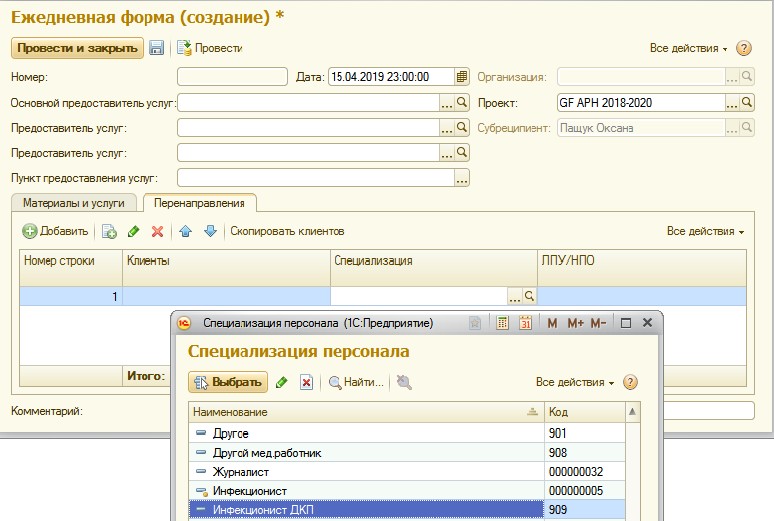
Облік перенаправлень для отримання ДКП

Для того, щоб зафіксувати в базі перенаправлення до інфекціоніста ДКП, необхідно:

1. У документі "Щоденна форма" перейти на закладку «Перенаправлення»
2. Ввести (скопіювати) код клієнта
3. В полі "Спеціалізація" вибрати «Інфекціоніст ДКП» (код 909).

e. Після введення даних в документ натиснути на «Провести і закрити».

УВАГА!!! Якщо буде обрана інша спеціалізація, в базі перенаправлення не буде враховано як перенаправлення для отримання ДКП.



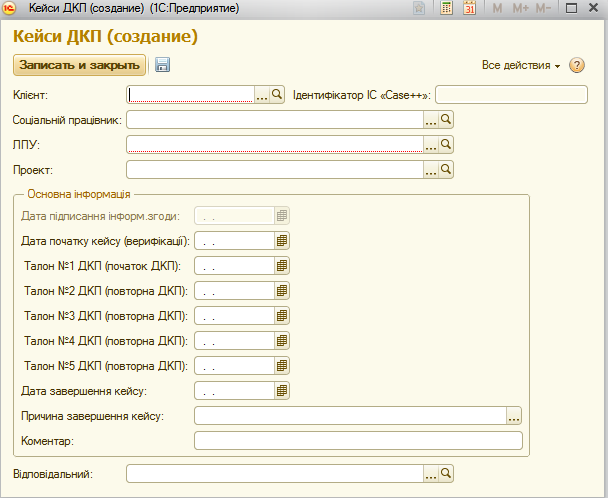
ОБЛІК ДКП/PrEP У ПРОГРАМІ SYREX

Облік кейсів ДКП:

Інформація вноситься в довідник «**Кейси ДКП**». Документатор вносить дані в он-лайн базу з «Кейс-форми» та «Талонів про отримання ДКП».

Підписання Інформованої згоди і, відповідно, початок кейсу має відбуватися в момент звернення клієнта в ЗОЗ.

Елемент довідника створюється для кожного окремого кейсу. Якщо по даному клієнту кейс відновлюється, необхідно створити новий елемент довідника починаючи з талона, що є наступним за нумерацією після закритого.

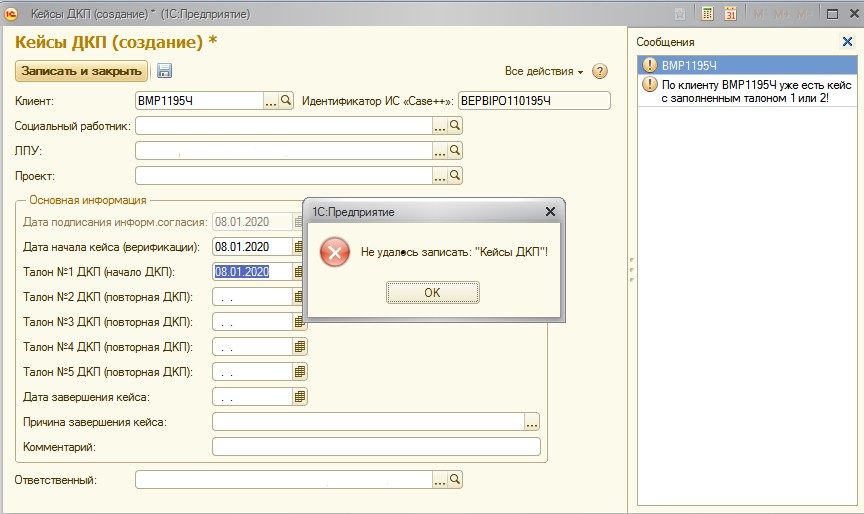


Поля «**Клієнт**», **«Ідентифікатор Case++»**, **«Код клієнта МІС», «Кейс-менеджер»**, заповнюються із Кейс-форми використовуючи відповідні блоки даного документу.

* Поле **«ЗОЗ»** заповнюється з «Талону №1 ДКП».
* Поле **«Проект»** заповнюється автоматично.
* У поле **«Дата початку кейсу»** вноситься дата, вказана в Інформованій згоді клієнта на участь в проекті. В це поле можна ввести дату тільки в межах відкритого періоду.
* Поле «**Дата підписання інформованої згоди**» заповнюється автоматично.
* У поля **«Талон №1, №2, №3, №4, №5 ДКП»** дати вносяться з «Талонів про отримання ДКП», що повертаються в організацію із ЗОЗ.
* У поле **«Дата завершення кейсу»** інформація вноситься з Кейс-форми.

У поле **«Причина завершення кейсу»** інформація вноситься з Кейс-форми (з розділу або Н.2 або Н.3.)

У випадку, якщо кейс відновлюється і клієнт вже приймав ДКП (по ньому були занесені талони №1,2,3) – база видає відповідне повідомлення без можливості зберегти кейс.



Частота внесення інформації - не рідше 1 разу в 10 днів. Передбачається, що соціальні працівники мають передавати документатору заповнені Кейс-форми та повернуті із ЗОЗ талони для внесення інформації в базу. Після внесення, документатор повертає документацію кейс- менеджеру(ам) для подальшого ведення/заповнення. Керівник проекту/напрямку є відповідальним за вчасний обмін інформацією між кейс-менеджерами та документатором.

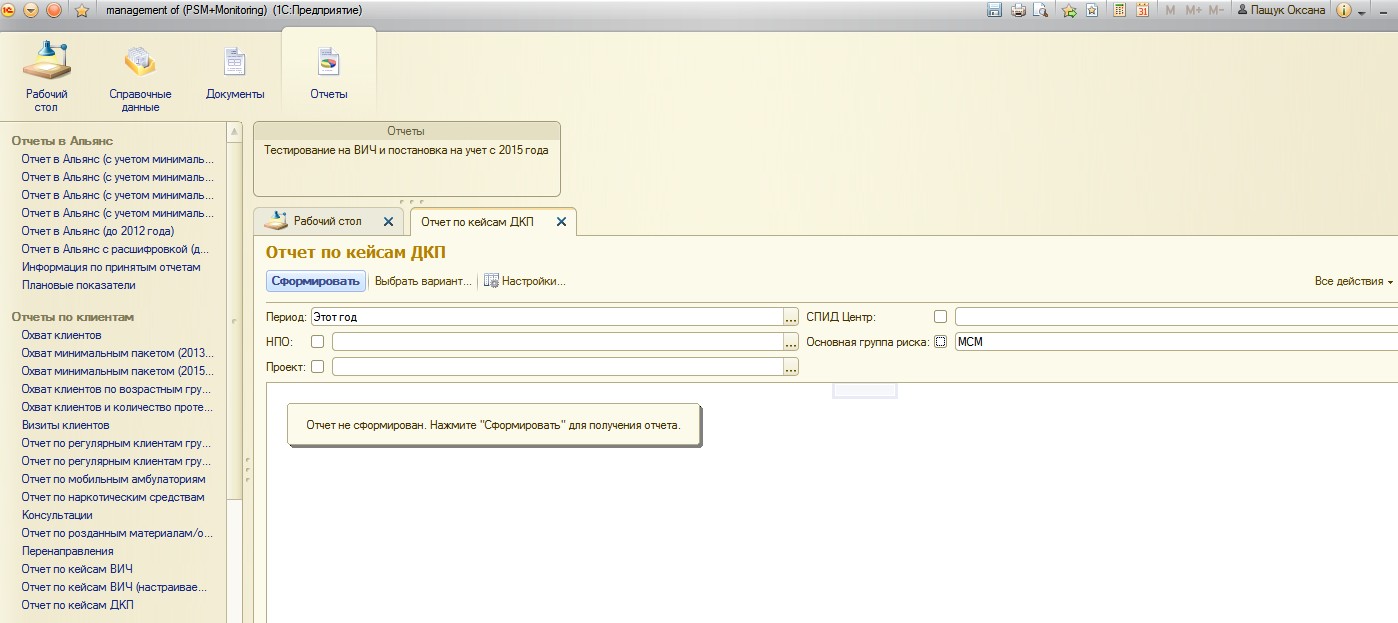
Аналіз виконання активностей

Для аналізу інформації, в т.ч. відстеження виконання індикатора необхідно побудувати

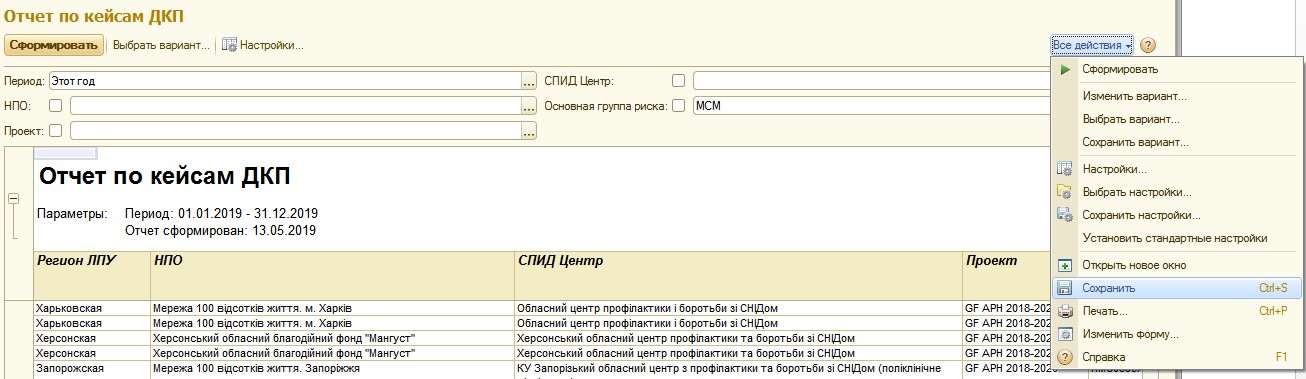
«**Звіт по кейсах ДКП**», що знаходиться в закладці «Звіти», розділ «Звіти по клієнтах».

У звіті необхідно вказати період в полі «Період» (наприклад, цей рік) і натиснути

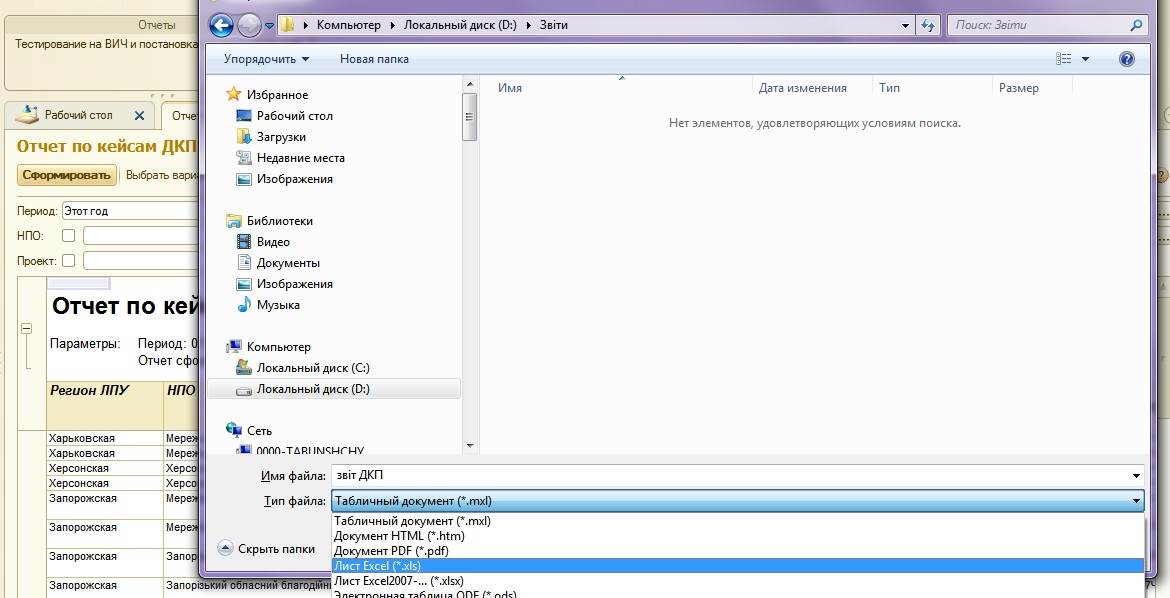
«Сформувати» в лівому верхньому кутку.



Щоб зберегти звіт у форматі Excel, необхідно в правому верхньому кутку натиснути «Всі дії» і вибрати «Зберегти»:



Після цього необхідно присвоїти ім'я файлу, змінити формат файлу з mxl на xls і вказати шлях, де буде зберігатися файл (наприклад: папка Звіти):



**Додаток 9. Шаблон довіреності на отримання препарату**

**Головному лікарю**

(П.І.Б.)

Серія №

паспорт

паспорт (ким видано)

**Довіреність**

Доручаю, у разі непередбачуваних обставинах, коли я не зможу особисто отримати препарати доконтактної профілактики, отримувати за мене медичні препарати соціальному працівнику ***(назва НУО)***

(ПІП)

Паспорт:

. . року.

« » 2020 р.

Виданий:

(підпис)