



АНКЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

(Для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією або з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, яким першим було діагностовано ВІЛ-інфекцію)

Тема дослідження: Удосконалення маршруту надання послуг та системи перенаправлення осіб з ВІЛ та ТБ в умовах реформи охорони здоров'я

Збір інформації з медичної документації

| | | | |
|---|--------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 1 | Номер анкети | / / / / / / / / | (заповнюється супервайзером) |
| 2 | Код пацієнта | / / / / / / / / | |
| 3 | Дата заповнення | / / / / / / / / | (дата) / / / / / / / / (місяць) 2019 рік |
| 4 | Географія: | Організація | |
| | м.Київ | 1 | Буде зазначено пізніше |
| | м.Одеса | 2 | Буде зазначено пізніше |
| | м.Дніпро..... | 3 | Буде зазначено пізніше |
| | м.Кривий Ріг | 4 | Буде зазначено пізніше |

ПІБ особи, яка заповнила анкету _____

Посада особи, яка заповнила анкету _____

Контактний телефон _____

I. Епідеміологічний анамнез

1.1. Стать: Чоловіча.....1 Жіноча.....2

1.2. Дата народження: _____
(число) (місяць) (рік)

1.3. Мешканець: Міста.....1 Села.....2

1.4. Дата встановлення клінічного діагнозу ВІЛ інфекції на момент взяття під медичний нагляд у ЗОЗ: _____
(число) (місяць) (рік)

1.5. Вірогідний шлях інфікування ВІЛ (згідно п.18 Форми № 502-1/о):

| | | | |
|----------------|-----|-------------------------|-----|
| Статевий | 1 → | Гомосексуальний | 1.1 |
| | | Гетеросексуальний | 1.2 |

ВІЛ статус партнера:

| | |
|------------------|---|
| Позитивний..... | 1 |
| Негативний | 2 |
| Невідомо | 3 |

| | | | |
|----------------------|-----|---------------------------------------------------------------|-----|
| Парентеральний | 2 → | Внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом .. | 2.1 |
| | | Внаслідок переливання препаратів або компонентів крові..... | 2.2 |
| | | Внаслідок трансплантації донорських органів, тканин тощо..... | 2.3 |
| | | Внаслідок інших медичних маніпуляцій | 2.4 |
| | | Внаслідок професійного інфікування..... | 2.5 |
| | | Внаслідок інших немедичних втручань..... | 2.6 |

Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини

Шлях інфікування не встановлений

1.6. Для пацієнтів, що є ЛВНІ (на момент анкетування):

| | Так | Ні |
|-----------------------------|-----|----|
| 1.6.1. Активний ЛВНІ | 1 | 2 |
| 1.6.2. Учасник програми ЗПТ | 1 | 2 |

1.7. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції (на момент заповнення анкети):

- I стадія безсимптомна 1
- I стадія ПГЛ 2
- II стадія 3
- III стадія 4
- IV стадія 5

1.8. Ступінь імуносупресії (на момент заповнення анкети/ останній результат):

- ≥500 кл/мкл CD4 1
- 350-499 кл/мкл CD4 2
- 200-349 кл/мкл CD4 3
- <200 кл/мкл або відносна кількість <15% CD4 4
- Дослідження не проводилося 999

1.9. Рівень вірусного навантаження (на момент заповнення анкети): _____ копій/мл; (цифрами)
 Дослідження не проводилося 999

II. Маршрут пацієнта при встановленні діагнозу ВІЛ

2.1. Причина взяття пацієнта під медичний нагляд у ЗОЗ:

- Діагноз ВІЛ-інфекції встановлено вперше в житті 1
- Звільнення з місць позбавлення волі 2
- Прибуття з іншого регіону України 3
- Прибуття з іншої країни 4
- Інше _____ 5

2.2. Якщо пацієнта було перенаправлено з громадської організації (ГО), зазначити назву ГО:

2.2.1. Чи був соціальний супровід пацієнта під час перенаправлення до ЗОЗ:

- Так 1
- Ні 2
- Невідомо 3

2.3. Якщо пацієнт раніше був під наглядом в іншому ЗОЗ, зазначити його назву: _____

2.4. Назва ЗОЗ або організації, де було проведене перше обстеження на ВІЛ-інфекцію (ПМД, стаціонарні заклади, КД/Сайти АРТ, ГО, спеціалізовані заклади, інше): _____

2.5. Дата проведення первинного (скринінгового) дослідження на ВІЛ: _____
 (число) (місяць) (рік)

2.6. Метод проведення первинного (скринінгового) дослідження на ВІЛ:

- ІФА 1
- ІХЛА 2
- Швидкий тест (експрес-тестування) 3
- ПЛР 4

2.7. Назва ЗОЗ або організації, де було проведене підтверджувальне дослідження на ВІЛ інфекцію (ПМД, стаціонарні заклади, КД/Сайти АРТ, ГО, спеціалізовані заклади, інше): _____

2.8. Дата проведення підтверджувального дослідження на ВІЛ: _____

(число) (місяць) (рік)

2.9. Метод проведення підтверджувального дослідження на ВІЛ:

- ІФА.....1
- ІХЛА.....2
- Швидкий тест (експрес тестування).....3
- ПЛР.....4

2.10. Дата взяття під медичний нагляд у ЗОЗ: _____
(число) (місяць) (рік)

2.11. Вказати діагноз, з яким пацієнт був взятий під медичний нагляд: _____

2.12. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції (на момент взяття під нагляд):

- I стадія безсимптомна..... 1
- I стадія ПГЛ..... 2
- II стадія..... 3
- III стадія..... 4
- IV стадія..... 5

2.13. Ступінь імуносупресії (на момент взяття під нагляд/ перший результат):

- ≥ 500 кл/мкл CD4.....1
- 350-499 кл/мкл CD4.....2
- 200-349 кл/мкл CD4.....3
- < 200 кл/мкл або відносна кількість < 15% CD4.....4
- Дослідження не проводилося.....999

2.14. Рівень вірусного навантаження (на момент взяття під медичний нагляд): _____ копій/мл;
(цифрами)
Дослідження не проводилося 999

III. Особливості прийому АРТ

3.1. Чи приймає пацієнт АРТ?

- Так.....1 Перехід до запитання 3.2
- Ні.....2

Якщо відповідь «Ні» - зазначте причини, через які пацієнт не приймає АРТ*:

**якщо така інформація наявна у медичній карті*

3.2. Дата призначення АРТ _____
(число) (місяць) (рік)

3.3. Початкова схема АРТ: _____

3.4. Наявність перерв/пропусків у прийомі першої схеми АРТ (ситуації, коли була зупинка у видачі препаратів пацієнту/ пацієнт не з'явився):

- Так.....1
- Ні.....2

Якщо так – по кожній перерві у лікуванні записати:

| Перерва у прийомі АРТ | Дата початку перерви АРТ | Причина перерви* | Дата повернення до прийому АРТ |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 4 | | | |
|---|--|--|--|

**якщо така інформація наявна у медичній карті*

3.5. Кількість схем, які змінював пацієнт _____ Кількість записати

3.6. Причини зміни схеми АРТ (записати) _____

3.7. Дата призначення поточної схеми АРТ: _____
(число) (місяць) (рік)

3.8. Поточна схема АРТ: _____

У РАЗІ, ЯКЩО У ПАЦІЄНТА БУЛО БІЛЬШЕ 2-Х СХЕМ АРТ:

3.9. Дата початку прийому попередньої схеми АРТ _____
(число) (місяць) (рік)

3.10. Дата припинення прийому попередньої схеми АРТ _____
(число) (місяць) (рік)

3.8. Наявність перерв у прийомі попередньої схеми АРТ:

Так 1

Ні 2

3.9. Якщо так – по кожній перерві у лікуванні записати:

| Перерва у прийомі АРТ | Дата початку перерви АРТ | Причина перерви* | Дата повернення до прийому АРТ |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

**якщо така інформація наявна у медичній карті*

3.10. Причини зміни схеми АРТ (записати) _____

IV. Маршрут пацієнта при встановленні діагнозу ТБ

4.1. Чи проходив пацієнт скринінг на ТБ:

Так 1

Ні 2

4.2. Проведення променевиx досліджень щодо виявлення ТБ (флюорографія, рентгенографія):

1. _____
(число) (місяць) (рік) (місце проведення)

2. _____
(число) (місяць) (рік) (місце проведення)

3. _____
(число) (місяць) (рік) (місце проведення)

4. _____
(число) (місяць) (рік) (місце проведення)

4.3. Чи був діагностований у пацієнта ТБ:

Так 1 Перехід до В4.5

Ні 2 Перехід до В4.4

4.4. Якщо ТБ не був діагностований, зазначити чи проводилася хіміопрофілактика ТБ:

Так 1

Ні 2

Якщо Так – зазначити тривалість курсу та дати проведення кожного курсу профілактики/кратність:

| | Препарати, призначені для профілактики ТБ | Дата початку курсу | Дата закінчення курсу |
|----|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

Якщо Ні – зазначити причини не призначення профілактики ТБ: _____

ЯКЩО ТБ БУВ ДІАГНОСТОВАНИЙ:

4.5. Дата встановлення діагнозу ТБ: _____
(число) (місяць) (рік)

4.6. Заклад, де пацієнту був встановлений діагноз ТБ: _____

4.6. Методи, використані для діагностики ТБ:

- Бактеріологічна діагностика..... 1
- Рентгенологічна діагностика 2
- Туберкулінодіагностика..... 3
- Гістологічна діагностика..... 4

Якщо була проведена бактеріологічна діагностика, відмітити метод:

- Мікроскопія мазка мокротиння..... 1
- Культуральне дослідження мокротиння 2
- Молекулярно – генетичне дослідження..... 3

4.7. Дата переведення до протитуберкульозного закладу: _____
(число) (місяць) (рік)

ЩОДО ВСТАНОВЛЕННОГО ДІАГНОЗУ ТБ ЗАЗНАЧИТИ:

4.8. Тип випадку (для ТБ):

- Вперше діагностований туберкульоз..... 1
- Рецидив..... 2
- Лікування після перерви..... 3
- Лікування після невдачі..... 4
- Інший..... 5

4.9. Вид медикаментозної резистентності (для МРТБ):

- Рифампіцин резистентний ТБ..... 1
- Мультирезистентний ТБ..... 2
- Розширено резистентний ТБ..... 3
- Полірезистентний ТБ..... 4

4.10. Локалізація ТБ:

- Легеневий..... 1
- Позалегеневий 2
- Легеневий та позалегеневий 3
- При позалегеневому ТБ зазначити локалізацію _____

4.11. Бактерієвиділення:

- МБТ+ 1
- МБТ- 2

4.12. Як починав пацієнт лікування ТБ:

- Амбулаторно..... 1
- Стаціонарно..... 2

4.13. Як проходить пацієнт лікування (на момент анкетування):

- Амбулаторно 1
- У стаціонарі 2

4.14. Тривалість лікування у стаціонарі:

Дата початку лікування _____
(число) (місяць) (рік)



Дата закінчення лікування _____
(число) (місяць) (рік)

4.14. Дата зняття пацієнта з медичного нагляду та переведення у диспансерну категорію 5, групу

5.1.: _____
(число) (місяць) (рік)

5.1. Отримання медичної допомоги з приводу захворювання за місцем проживання чи за місцем виявлення:
