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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого центрального органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, в сфере управления которого находится учреждение здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование и местонахождение учреждения охраны здоровья, где заполняется форма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Идентификационный код

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

 |  | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ |
| Форма первичной учетной документации № 030-5/уУТВЕРЖДЕНО приказом Министерства здравоохраненияДонецкой Народной Республики

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

Контрольная карта диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированным пациентомкогорта

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Часть А. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ1. Индивидуальный номер пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Дата регистрации \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ (число/месяц/год)3. Дата установления диагноза \_\_\_\_\_ */\_\_\_\_ /\_\_\_\_* (число/месяц/год)4. Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5.Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6. Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7. Пол: м  *[ ]*  ж *[ ]*  8. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (число/месяц/год) 9. Доверенное контактное лицо (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10. Место проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Часть Б. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ15. Наличие показаний к проведению антиретровирусной терапии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16. Источники финансирования

|  |  |
| --- | --- |
| Источники финансирования | Дата начала антиретровирусной терапии(число/месяц/год) |
|  Республиканский бюджет |  |
|  Благотворительные фонды |  |
|  Другие (указать) |  |

17. Проведение антиретровирусной терапии

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата назначения | Схема антиретровирусной терапии | Линия терапии | Дата замены, изменения или прерывания | Причина замены, изменения или прерывания |
| (комбинация препаратов) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Часть B. ЭПИКРИЗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Переведен (а), указать куда |  |  |
|  | Дата выписки: | \_\_\_\_\_ */\_\_\_\_ /\_\_\_\_* (число/месяц/год) |
| [ ]  Не обращается (>12 месяцев) | Дата последнего визита: | \_\_\_\_\_ */\_\_\_\_ /\_\_\_\_* (число/месяц/год) |
| [ ]  Умер(ла) | Дата смерти: | \_\_\_\_\_ */\_\_\_\_ /\_\_\_\_* (число/месяц/год) |

 |
| 12. Путь инфицирования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_13. Переведен из другого центра СПИД или учреждения здравоохранения, указать наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выписки: \_\_\_\_\_ */\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_*  (число/месяц/год)14. Данные о предыдущем приеме антиретровирусной терапии14.1. Получал(ла) АРТ раньше [ ]  Да [ ]  Нет 14.2. Если ДА, указать [ ]  ППМР [ ]  АРТ [ ]  ПКП14.3.Перечень препаратов и длительность приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |

Часть Г. РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата визита | Дата следующего запланированного визита | Масса(кг) | Рост(см) | Клиническаястадия | CD4 | Вируснаянагрузка(копий/мл) | Схема антиретровируснойтерапии | Беременность | Приверженность 2 | Функциональ ныйстатус 1 | Статус ПИН 4 | ТБстатус 3 | ВГстатус 5 |
| Абсолютное кол-во | % | недели | ППМР |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Часть Д. ПОЯСНЕНИЯ К КОДАМ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Функциональный статус  | Приверженность  | ТБ статус  | ПИН статус  | ВГ статус  | Причины прерывания АРТ  | Причины приостановки АРТ  | Причины замены препаратов в схемах АРТ  | Побочные эффекты АРТ | Причины изменения схемы АРТ по неэффективности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Р – физическая активность не ограничена, способен к выполнению регулярной работы и ежедневной деятельности А – физическая активность ограничена, не способен к выполнению регулярной работы, способен к самообслуживаниюЛ – физическая активность значительно ограничена, не способен к самообслуживанию, требует посторонней помощи | В – высокая, приверженность больше 95 %Н – низкая, приверженность 95% и меньше Причины низкой приверженности:1 – активное (систематическое) злоупотребление алкоголем и/или активное употребление психоактивных веществ; 2 – неприемлемая схема лечения; 3 – стигма, страх быть выявленным; 4 – проблемы с посещением учреждения здравоохранения или полученением препаратов пациентом; 5 – ухудшение самочувствия, побочные эффекты, депрессия;  | Т1 – не нуждается в лечении или профилактике; Т2 – подозрение на туберкулез; Т3 – легочной ТБ; Т4 -внелегочной ТБ; Т5 – закончил курс лечения ТБ;Т6 – нуждается в профилактике ТБ;Т7 – получает профилактику ТБ или получил ее в текущем году. | С1 – никогда не употреблял(ла) психоактивных в-в инъекционным путем; С2 – не отрицает употребление психоактивных в-в инъекционным путем в прошлом, но отрицает употребление на данный момент;С3 – не отрицает эпизодическое употребление психоактивних веществ инъекционным путем;С4 – не отрицает систематическое употребление психоактивных веществ инъекционным путем; | Г1 – статус неизвестен; Г2 – не инфицирован вирусом гепатитов В и С; Г3 – инфицирован вирусом гепатита С; Г4 – активный вирусный гепатит С, требует лечения;Г5 – получает лечение по поводу гепатита С;Г6 – получил курс противовирусного лечения гепатита С;Г7 – инфицирован вирусом гепатита В; Г8 – активный вирусный гепатит В, требует лечения; Г9 – получает лечение по поводу гепатита В; Г10 – вакцинирован против гепатита В;Г11– инфицирован вирусом гепатита В, активный вирусный гепатит С;Г12 – инфицирован вирусом гепатита С, активный вирусный гепатит В; | Медицинские:ТОКС – токсичность (указать побочные эффекты 9);Немедицинские: ПРИВ – низкая приверженность (указать причину Н от 1 до 11); ОТКАЗ – самостоятель ный отказ пациента от лечения; ПРЕП – отсутствие препарата в учреждения здравоохране ния;Др– другие немедицинские причины. | УМЕР – смерть пациента; ПЕРЕВОД – переведен в другое учреждение; СТОП – пациент не посещает учреждения здравоохранения более 12 месяцев (без АРТ) или более 3 месяцев (на АРТ). | А – токсич-ность (указать побочные эффекты 9); Б – беременность;В – вирусный гепатит; Г – туберку-лез; Д – отсутствие антиретровирусного препарата на складе;  Е – другое. | 1 – тошнота;2 – рвота; 3 – диарея; 4 – боль в животе;5 – желтуха; 6 – повышение показателей АЛТ; 7 – слабость; 8 – головная боль; 9 – депрессия; 10 – нарушения со стороны ЦНС; 11 – периферическая нейропатия; 12 – сыпь; 13 – анемия; 14 – почечная недостаточность;15 – липодистрофия; 16 – синдром гиперчувствительности;17 – лактатаци-доз; 18 – гиперхоле-стеринемия;19– гиперглике-мия; 20– другое. | Вир –вирусо-логические;Им – иммунологические;Кл – клинические. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 – улучшение самочувствия; 7 – отказ пациента, в т.ч. по беременности; 8 – религиозные предубеждения; 9 – забывает принимать; 10 – потеря препаратов (потерял, продал); 11 – другое. |  | С5 – находится в программе заместительной поддерживающей терапии. | Г13 – инфицирован вирусом гепатита В и С;Г14 – активный вирусный гепатит В и С. |  |  |  |  |  |