|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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/у  УТВЕРЖДЕНО  приказом Министерства здравоохранения  Донецкой Народной Республики   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |   Контрольная карта диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированным пациентом  когорта   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Часть А. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ 1. 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 ТЕРАПИЯ  15. 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 терапии  14.1. Получал(ла) АРТ раньше  Да  Нет  14.2. Если ДА, указать  ППМР  АРТ  ПКП  14.3.Перечень препаратов и длительность приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Часть Г. РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  визита | Дата  следующего запланированного визита | Масса  (кг) | Рост  (см) | Клиническая  стадия | CD4 | | Вирусная  нагрузка  (копий/мл) | Схема антиретровирусной  терапии | Беременность | | Приверженность 2 | Функциональ ный  статус 1 | Статус ПИН 4 | ТБ  статус 3 | ВГ  статус 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 самообслуживанию  Л – 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. |  |  |  |  |  |