

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

КЕРІВНИЦТВО ПО РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПОНЕНТУ «ДКП/PrEP»

Про компонент «Доконтактна профілактика ВІЛ»

Програмний компонент 7А «Доконтактна профілактика ВІЛ» (далі – ДКП/PrEP) виконується Альянсом в партнерстві з неурядовими організаціями на території всіх регіонів України та м.Києва, за фінансової підтримки Глобального фонду.

Метою реалізації є зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ та інших представників ключових груп, які мають високий ризик інфікування ВІЛ шляхом впровадження ДКП/PrEP як складової комбінованої програми профілактики та догляду в Україні.

Програма соціального супроводу передбачає:

- Забезпечення соціального та медичного супроводу клієнта програми ДКП/PrEP протягом року
- Проведення тестування на ВІЛ не рідше одного разу в квартал
- Проведення тестування на гепатит В 1 раз в рік
- Видача засобів профілактики клієнту (презервативів, лубрикантів)
- Отримання клієнтом препарату TDF/FTC

Цільова аудиторія

1. Чоловіки, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ)
2. Особи з числа ключових груп, які мають високий ризик інфікування ВІЛ (секс працівники (СП), люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), транс*люди, партнери СП, партнери ЛВНІ, ВІЛ-негативні партнери дискордантних пар тощо)

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.

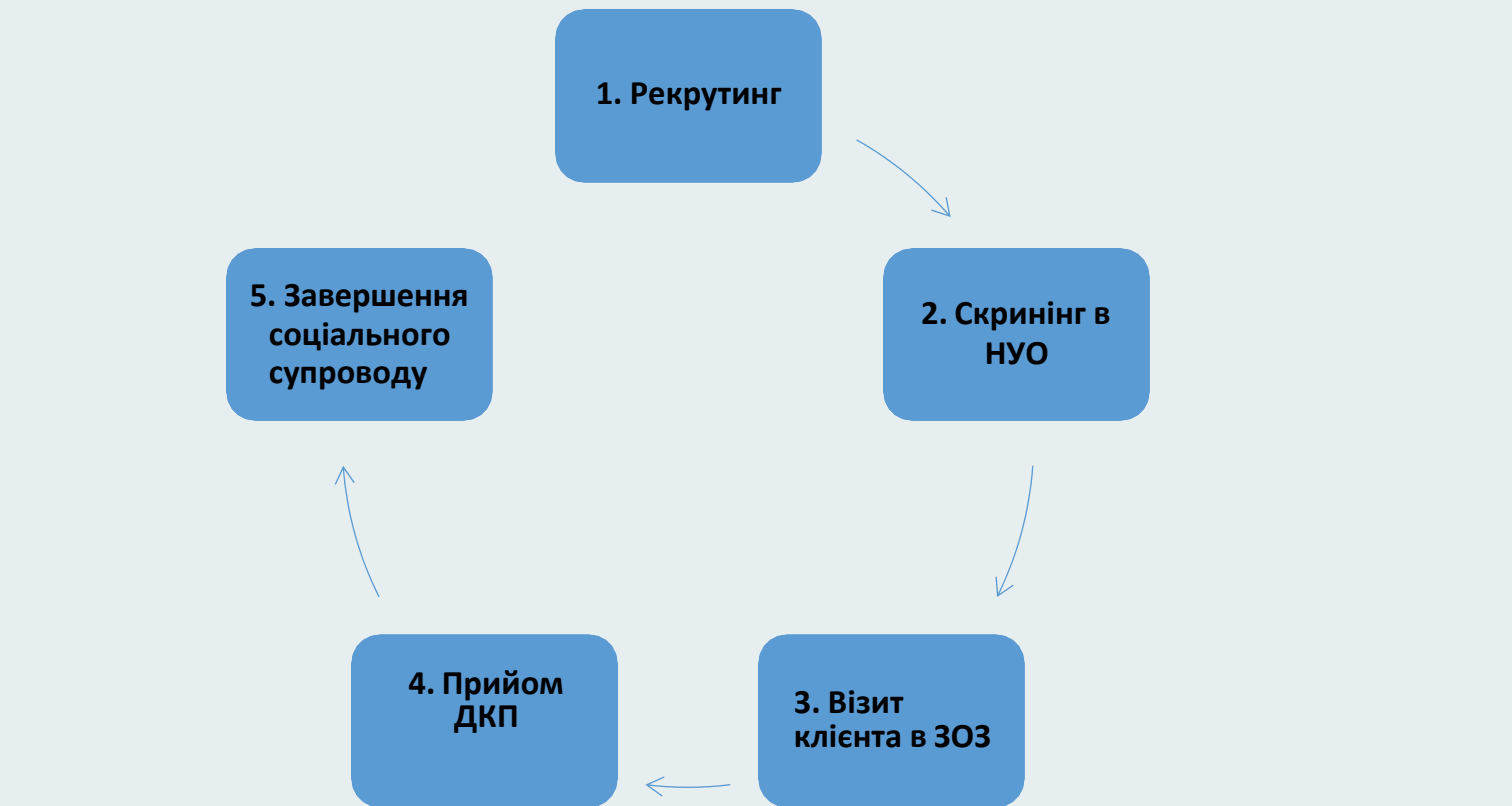
3. **Відсутність дискримінації.** Надання послуг здійснюється для всіх клієнтів, незалежно національної або релігійної приналежності, кольору шкіри, раси, мови, політичних або інші поглядів, соціального походження, власності, вживання наркотиків, народження або інших статусів. Але тим самим звертаємо 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.

Етапи соціального супроводу



Етап 1. Рекрутинг потенційних клієнтів програми.

- ✓ Даний етап передбачає комплекс заходів по залученню нових клієнтів до початку прийому ДКП.
- ✓ Реалізується за участі всіх працівників НУО (соціальні працівники, кейс-менеджери, кейс-файндери, учасники патронажних бригад, консультанти напрямків Н5, Н29, 16А тощо), які залучені до безпосереднього надання послуг профілактики для клієнтів з числа груп ризику.
- ✓ Рекрутинг триває безперервно протягом року.
- ✓ Для ефективної реалізації етапу рекрутингу важливо щоб персонал НУО/проекту володів інформацією щодо ДКП та зумів належним чином поінформувати потенційного клієнта програми соціального супроводу.

Можливості/інструменти, що рекомендовано використовувати на етапі пошуку клієнтів

Інформування/консультування клієнтів про ДКП, як додаткову послугу, на пунктах надання послуг (вуличних, аутріч, стаціонарних)

Поширення друкованих інформаційних матеріалів серед цільової аудиторії

Використання мобільних додатків для знайомств на кшталт Хорнет

Регулярні публікації на сайті організації, сторінках в соціальних мережах (Facebook, Instagram, TikTok)

Видача візитівок кейс-менеджера(ів) ДКП - для більш детальних консультацій, інформування про новий метод профілактики

Етап 2. Скринінг на базі НУО

Скринінг – процес первинного обстеження з метою виявлення захворювань у безсимптомних осіб з числа груп ризику.

Алгоритм дій кейс-менеджера

1. Оцінка ризику інфікування ВІЛ, визначення відповідності критеріям прийому ДКП

2. Консультування щодо PrEP, схем прийому

«Щоденна»

якщо ризику інфікування частіше, ніж 2 рази в тиждень і неможливо запланувати статеві акти хоча 6 на 2 год. пізніше від моменту прийому препарату ДКП

«2+1+1»

якщо статеві акти можливо запланувати
(рекомендується для цисгендерних чоловіків, трансгендерних людей і людей з різноманітною гендерною самоідентифікацією, стать яких при народженні було визначено як чоловіча)

3. Тестування на ВІЛ

Тестування на гепатит В (для ЧСЧ)

Пропозиція консультації по прихильності до ДКП

Пропозиція скористатись послугою транспортування до ЗОЗ

Видача клієнту направлення в ЗОЗ

Важливо знати!

Учасником програми ДКП (клієнтом компоненту 7А «ДКП/PrEP) може бути особа з числа групи ризику, яка відповідає наступним критеріям:

1. Наявний високий ризик інфікування ВІЛ.
2. Приналежність до цільової аудиторії (ЧСЧ та інші групи-контакти (СП, ЛВНІ, транс* люди, статеві партнери ЛЖВ (дискордантні пари) тощо).
3. ВІЛ-негативний статус
4. Вік – 18 років та старше.
5. Добровільна участь, що підтверджується підписаною інформованою згодою для участі в проекті.

Документація, що заповнюється на етапі 2:

1. Анкета учасника програми
2. Кейс-форма (початок заповнення)
3. Щоденна відомість реєстрації результатів тестування
4. Талон на отримання ДКП
5. Заява щодо збереження конфіденційності

У разі відповідності всім критеріям включення в програму соціального супроводу, заповнюється кейс-форма та відкривається кейс в базі SYREX. При цьому, дата відкриття кейсу = даті підписання інформаційної згоди.

Етап 3. Візит клієнта до закладу охорони здоров'я

На даному етапі клієнт, якому за результатами скринінгу в НУО рекомендовано ДКП, відвідує ЗОЗ з метою отримання та початку прийому препарату ДКП.

Роль кейс-менеджера на даному етапі полягає в наступному:

- ✓ Напередодні візиту в ЗОЗ, поінформувати клієнта щодо того, що передбачає медичний скринінг, як використовувати талон на отримання ДКП, про можливість оплати аналізу на креатинін за кошти бюджету проекту (за потреби) тощо.
- ✓ Призначити зустріч з лікарем, узгодити час прийому клієнта (за потреби).
- ✓ Супроводити безпосередньо до ЗОЗ, під час проходження усіх видів діагностики, що передбачені чинним законодавством.

Згідно затвердженого Наказу МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»», перелік обстежень перед медичним призначенням ДКП є таким:

Обов'язкові:

- ✓ Обстеження на ВІЛ-інфекцію: перед початком ДКП необхідно задокументувати негативний тест на ВІЛ.
- ✓ Обстеження на ВГВ.
- ✓ Моніторинг функції нирок

Рекомендовані:

- ✓ Скринінг на ІПСШ
- ✓ Скринінг на вірусний гепатит С (ВГС)

1. Задokumentований негативний результат тестування на ВІЛ-інфекцію.
2. Відсутність ознак/симптомів гострої ВІЛ-інфекції.
3. Відсутність протипоказань до прийому препарату.

Клієнт отримав препарат ДКП, розпочинає прийом

Кейс-менеджер:

- ✓ консультує щодо призначеної схеми прийому ДКП, ефективності та важливості дотримання режиму та прихильності до ДКП;
- ✓ інформує клієнта щодо послуги «поштова доставка ДКП» (в разі наявності);
- ✓ заповнює Кейс-форму (розділи D, E)
- ✓ узгоджує наступну зустріч, подальшу комунікацію, тощо

1. Лабораторно підтверджений ВІЛ-позитивний статус.
2. Розрахунковий кліренс креатиніну < 60 мл/хв.
3. Ознаки/симптоми гострої ВІЛ-інфекції, ймовірний недавній ризик інфікування ВІЛ.
4. Протипоказання до будь-якої складової ДКП.

Прийом ДКП протипоказаний

1. Кейс-менеджер інформує клієнта **щодо інших сервісів, що є можливим отримати в НУО.**
2. У разі виявлення/підтвердження позитивного результату діагностики на ВІЛ, необхідно переадресувати клієнта в компонент СІТІ.
3. Документатор закриває кейс в базі SYREX.

Етап 4. Отримання/прийом препарату ДКП

Видача препарату ДКП, включаючи призначення схеми прийому препарату ДКП, інформування про можливі побічні реакції протягом перших тижнів прийому ДКП та медичне спостереження під час прийому ДКП здійснюється виключно лікарем ЗОЗ.

МОЗ України рекомендує дві схеми прийому:

«Щоденна схема»

Призначається УСІМ людям, хто має потенційний ризик інфікування ВІЛ, зокрема пацієнтам із хронічним гепатитом В;

Призначається за схемою/режимом: одна таблетка один раз на день, щодня протягом періоду наявності ризиків інфікування ВІЛ, та ще додатково 7 днів після припинення ризикованих практик.

7 днів + (X днів) + 7 днів

де X - кількість днів, протягом яких людина має ризиковані практики та бажання приймати ДКП

«Схема «На вимогу»/ Схема «2+1+1»

Рекомендовано для цисґендерних чоловіків, трансґендерних людей і людей з різноманітною ґендерною самоідентифікацією, стать яких при народженні було визначено як чоловічу, та які не приймають екзогенні гормональні препарати на основі естрадіолу, мають ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом, мають статеві контакти рідше, ніж 2 рази на тиждень, та можуть планувати статевий контакт принаймні за 2 години, або можуть відкласти статевий контакт принаймні на 2 години

Призначається за схемою: дві таблетки від 2 до 24 годин перед сексом; потім одна таблетка протягом 24 годин після прийому перших двох таблеток і прийом четвертої таблетки через 48 годин після прийому перших двох таблеток;

На даному етапі кейс-менеджеру необхідно підтримувати безперервну комунікацію з клієнтом, що передбачає:

1. Надання консультацій виходячи із потреб клієнта.
2. Допомога у дотриманні відповідної схеми прийому ліків (приміром через нагадування у Viber, Telegram тощо).
3. Видача ТМЦ (презервативи, лубриканти).
4. Тестування на ВІЛ та гепатит В один раз в три місяці та один раз в рік відповідно.

Етап 5. Завершення соціального супроводу.

В рамках проекту передбачено, що супровід клієнта буде здійснюватися протягом 12-и місяців. 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	01	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Тест на ВІЛ	+			+			+			+		
Кліренс креатиніну	+					+						+
Тест на гепатит В	+											

Пакет послуг на рік для клієнта програми ДКП включає:

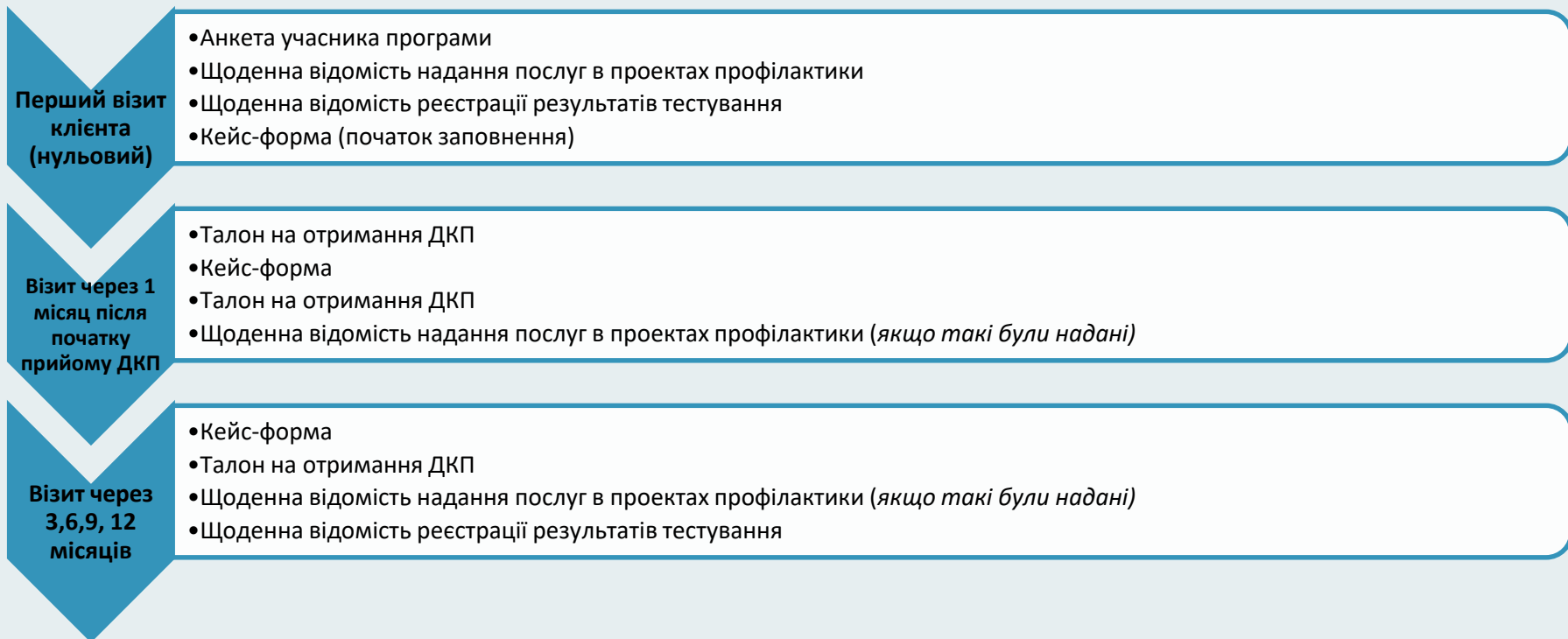
50 презервативів; 25 лубрикантів	4 тестування на ВІЛ	1 тестування на гепатит В	Оплата аналізу на креатинін	4 консультації кейс- менеджера
--	------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Документація. Звітність в Альянс.

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 (новий шаблон 2022 р.)
- 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



Звітність за напрямком передбачає:

- ✓ внесення інформації в базу SYREX документатором
- ✓ подання копій первинної документації до Альянсу в рамках щомісячної звітності.

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

Додатки до Керівництва

Додаток 1.

Анкета учасника програми «Профілактика ВІЛ, раннє виявлення ТБ серед груп ризику»

Код клієнта:

SYREX

Case++:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ☐ новий клієнт
☐ клієнт
вторинного
обміну
☐ зміна даних
клієнта або
втрата картки

1. Основна інформація

Основна ГР _____
Вторинна(i) ГР _____

Джерело залучення нового клієнта: _____

1.1. Інформація про переселення

«Чи перемістились Ви з іншого міста/регіону країни після 24 лютого 2022 р.?» ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо «ТАК», то вкажіть з якого регіону _____

2. 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)

Основний наркотик

Основні способи споживання
наркотику

Частота споживання наркотику

- ☐ Час від часу
☐ Раз на тиждень
☐ Кілька разів на тиждень
☐ Раз на день
☐ Кілька разів на день

Вторинний наркотик

- ☐ Ін'єкція
☐ Пероральний (у пігулках)
☐ Інтернальний (через ніс)
☐ Куріння або вдихання
☐ Анальний

4. Соціальний статус

Освіта

- ☐ Незакінчена середня
☐ Середня
☐ Середня спеціальна
☐ Незакінчена вища
☐ Вища

Місце проживання

- ☐ Місто
☐ СМТ, село
☐ Без місця проживання

Перебуває на обліку

- ☐ в наркодиспансері

Працевлаштування

- ☐ Постійна робота
☐ Тимчасова робота
☐ Безробітний
☐ Комерційний секс
☐ Студент
☐ Інше _____

Кількість дітей

Проблеми з законом

- ☐ Не судимий
☐ Умовно засуджений
☐ Був ув'язнений

Дата заповнення _____
(Прізвище, підпис)

Соц. працівник _____

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

A1. Назва організації _____

A2. Місто _____

A3. Проект: GF APH 2021-2023

A4. П.І.Б. кейс-менеджера _____

В. ІНФОРМАЦІЯ ПРО КЛІЄНТА(КУ)

B1. П.І.Б клієнта(ки) _____

B2. Код клієнта 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 MISC

Правило формування коду MISC: Код складається з цифр і літерного символу (K), де «K» 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, але не є обов'язковою.

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?

1.1. Так (**категорія 5**, не потребує супроводу). Кінець опитування

1.2. Ні - Задаємо питання №2.

2. Чи приймаєте на даний час АРТ (для лікування ВІЛ або постконтактну профілактику)?

2.1. Так - (**категорія 4**, потребує перевірки інформації в ЗОЗ). Кінець опитування.

2.2. Ні - Задаємо питання №3.

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

3.1. Так.

3.2. Ні (**категорія 3**)

4. Чи мали Ви досвід спільного ін'єкційного вживання наркотиків протягом останніх 6 місяців?

4.1. Так.

4.2. Ні (**категорія 2**)

5. Чи мали Ви, протягом останніх 6 місяців, сексуальні контакти з представниками ключових груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ?

5.1. Так.

5.2. 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 верифікації 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.

До участі в проекті клієнт:

Зі слів клієнта

Перевірено в ЗОЗ

в5.1. Приймає ДКП/PrEP (**категорія 5**). Не потребує супроводу у разі підтвердження в ЗОЗ)

☐☐

в5.2. Приймає АРВ терапію (**категорія 4**). Не потребує супроводу у разі підтвердження в ЗОЗ)

☐☐

В6. Ким клієнт був направлений до кейс-менеджера?

1. Персоналом НУО
2. Персоналом лікувально-профілактичного закладу
3. Самозвернення

4. Інше (вказати)

В7. Група ризику (відмітити основну групу):

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

В8. «Вимушено переселився»: ☐ ТАК ☐ НІ

С. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

С1. Дата народження	
С2. Стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Т
С3. Контактна інформація	Номер телефону_ _____
С4. Ім'я та телефон контактної особи клієнта	
С5. Додаткова інформація про клієнта, яка необхідна кейс- менеджеру	

D. ЖУРНАЛ ОБСТЕЖЕНЬ

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

Назва обстеження	Дата виконання	Результат
D1. Обстеження на антитіла до ВІЛ в НУО (швидкий тест - асистоване тестування)		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
D2. Обстеження на антитіла до ВІЛ в ЗОЗ (ІФА/швидкий тест для підтвердження у ЗОЗ)		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
D3. Обстеження на креатинін		_____ мл/хв
		_____ мл/хв
		_____ мл/хв
		_____ мл/хв
D4. Обстеження на гепатит В		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
		<input type="checkbox"/> позитивний <input type="checkbox"/> негативний
Інше		

**Е. НАВЕДЕНА ІНФОРМАЦІЯ ЗАПОВНЮЄТЬСЯ KEYС-МЕНЕДЖЕРОМ ПРОЕКТУ
ДКП/PrEP ПРИ ЗАВЕРШЕННІ РОБОТИ З КЛІЄНТОМ**

Е1. Цілі соціального супроводу клієнта програми ДКП/PrEP, що було досягнуто

У першому стовпчику відмітьте всі цілі проекту, що було досягнуто, у другому - вкажіть дату отримання даної послуги

Результат роботи кейс-менеджера	Дата (число/місяць/рік)
Початок прийому ДКП/PrEP	
Друга видача ДКП/PrEP	
Третя видача ДКП/PrEP	
Виявлений ВІЛ-позитивний, підтверджений в ЗОЗ	
Перенаправлення в програму «Кейс-менеджмент/лікування за підтримки спільнот»	

Е2. Результати завершення кейсу

1. Завершення періоду соціального супроводу (успішне отримання клієнтом ДКП/PrEP не менше 3-х разів в 2022 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. Внутрішнє переселення (через війну)

1. Інше (вказати) _____

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

Обведіть лише один варіант відповіді.

1. Позитивний результат тесту на ВІЛ
2. Рішення лікаря не призначати ДКП/PrEP
3. Втрачено зв'язок
4. Клієнт змінив місце проживання - переїхав до іншого населеного пункту
5. Самостійне рішення клієнта відмовитися від послуг кейс-менеджера
6. Порушення умов супроводу
7. Смерть клієнта
8. Відсутність препарату ДКП/PrEP в ЗОЗ
9. Інше (вказіть, що саме) _____

Е4. 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
наступнє.

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)

(ППП кейс-менеджера)

(Дата)

Талони про отримання ДКП

Код обстеження:

--	--

Ідентифікатор «Case++:

[illegible]

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

ПІБ лікаря: _____

тел. ГО **: _____

Контактный телефон кейс-менеджера _____

Повторне отримання доконтактної профілактики

Проект ГО**: ДКП/PrEP

Код клієнта ГО _____*

Ідентифікатор «Case++»:

[illegible]

ПІБ, підпис та печатка лікаря:

M/ Π

Код клієнта в МІС (індивідуальний номер)

--	--	--	--	--	--	--

Схема прийому ДКП:

☐ Щоденна

□ За вимогою (2+1+1)

☐ Поштова відправка

Дата повторного отримання ДКП

« _____ » 20 ____ p.

Повторне отримання доконтактної профілактики

Код клієнта в МІС (індивідуальний номер)

--	--	--	--	--	--	--

Проект ГО**: ДКП/PrEP

Код клієнта ГО _____*

Ідентифікатор «Case++»:

[illegible]

ПІБ, підпис та печатка лікаря:

M/Π

Схема прийому ДКП:

☐ Щоденна

☐ За вимогою (2+1+1)

☐ Поштова відправка

Дата повторного отримання ДКП

« _____ » 20__ г.

Відривний талон 3

Відривний талон 2

Основна частина направлення

(Місце відрізання)

Початок доконтактної профілактики

Назва ГО**: _____

Проект ГО**: ДКП/PrEP

Назва ЗОЗ**: _____

Код клієнта ГО _____ *

Ідентифікатор «Case++»:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ПІБ, підпис та печатка лікаря:

_____ м/п

Код клієнта в МІС (індивідуальний номер)

--	--	--	--	--	--	--	--

Схема прийому ДКП:

- ☐ Щоденна
☐ За вимогою (2+1+1)

☐ **Транспортування**

Дата початку ДКП

«____» _____ 20__р.

(Місце відрізання)

Початок доконтактної профілактики після переривання

Назва ГО**: _____

Проект ГО**: ДКП/PrEP

Назва ЗОЗ**: _____

Код клієнта ГО _____ *

Ідентифікатор «Case++»:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ПІБ, підпис та печатка лікаря:

_____ м/п

Код клієнта в МІС (індивідуальний номер)

--	--	--	--	--	--	--	--

Схема прийому ДКП:

- ☐ Щоденна
☐ За вимогою (2+1+1)

☐ **Транспортування**

Дата початку ДКП

«____» _____ 20__р.

Відривний талон 1

Відривний талон 1.1

Додаток 5. Щоденна відомість реєстрації результатів тестування клієнтами на ВІЛ, ІПСШ, гепатити

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

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

Загальна кількість клієнтів	
-----------------------------	--

Підпис соц.працівника	
-----------------------	--

Додаток 6. 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 (-и) 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: _____														

Облік за компонентом ДКП

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

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 проєктів 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 та гепатит В) фіксується в Щоденній відомості реєстрації результатів тестування.

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 видачею 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 ЗОЗ 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, в сейфі.

Інформована згода на участь у проєкті

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/проєкту 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 проєкту (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:

- a. У документі "Щоденна форма" перейти на закладку «Перенаправлення»
- b. Ввести (скопіювати) код клієнта
- c. 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.

Ежедневная форма (создание) *

Провести и закрыть | Провести | Все действия ?

Номер: Дата: 15.04.2019 23:00:00 Организация:

Основной поставщик услуг: Проект: GF APH 2018-2020

Поставщик услуг: Субреципиент: Пашук Оксана

Поставщик услуг:

Пункт предоставления услуг:

Материалы и услуги | Перенаправления

+ Добавить | | | | | Скопировать клиентов | Все действия ?

Номер строки	Клиенты	Специализация	ЛПУ/НПО
1			

Итого:

Комментарий:

Специализация персонала (1С:Предприятие)

Специализация персонала

Выбрать | | | Найти... | Все действия ?

Наименование	Код
Другое	901
Другой мед. работник	908
Журналист	000000032
Инфекционист	000000005
Инфекционист ДКП	909

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 до моменту 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.

Кейсы ДКП (создание) | Панель разделов (Alt+1) | Все действия ?

Записать и закрыть | Проверить клиентов по коду МИС

Клиент: Идентификатор ИС «Case++»:

Кейс-менеджер: Код МИС:

ЛПУ:

Проект: Дата последнего тестирования на ВИЧ:

Основная информация

Дата подписания информ.согласия:

Дата начала кейса (верификации):

Талон №1 ДКП (начало ДКП): Схема приема ДКП: ☐ Транспортировка к ДКП

Талон №1.1 ДКП (прерывание ДКП): Схема приема ДКП: ☐ Вынужденно переселился ☐ Транспортировка к ДКП

Талон №2 ДКП (повторная ДКП): Схема приема ДКП: ☐ Доставка почтой

Талон №3 ДКП (повторная ДКП): Схема приема ДКП: ☐ Доставка почтой

Первая консультация по приверженности:

Вторая консультация по приверженности:

Дата завершения кейса: Причина завершения кейса:

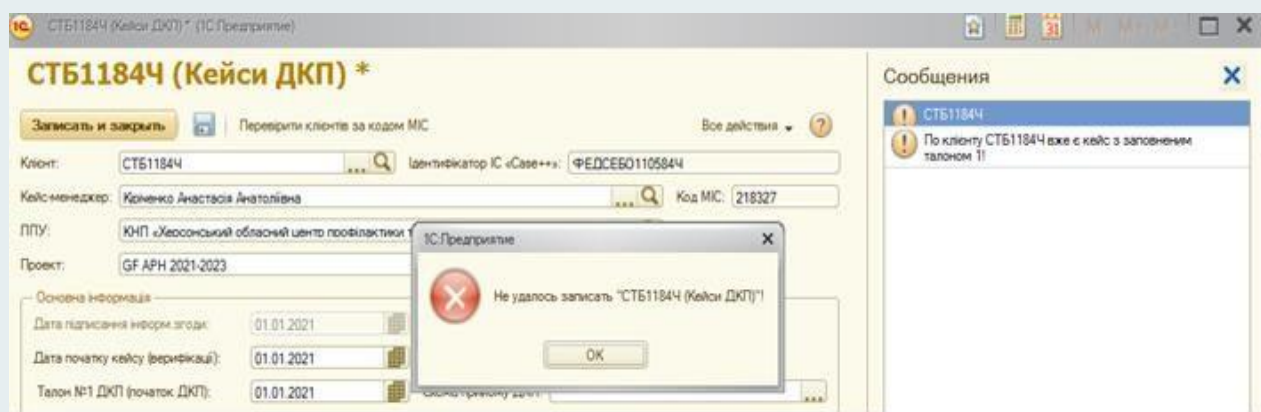
Комментарий:

Ответственный: Яцик Вера

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, №1.1, №2, №3 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 Е.2)
- У поле «**Схема прийому ДКП**» вноситься інформація з відповідного талону на отримання ДКП.
- У поле «**Транспортировка к ДКП**» вноситься інформація з талонів 1.1. та 1 (для клієнтів, які скористалися послугою транспортування) та з талонів 2 і 3 по клієнтах, яким було відправлено ліки поштою.
- Поле «**Вимушено переселився**» з Кейс-форми.

У випадку, якщо кейс відновлюється і клієнт вже приймав ДКП (по ньому був внесений талон №1) – база видає відповідне повідомлення, що Талон №1 вже був у цього клієнта і не дає зберегти такий кейс.



Частота внесення інформації - не рідше 1 разу в 10 днів. Передбачається, що кейс-менеджери 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/напряму 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.

Отчет по кейсам ДКП

Сформировать | [Выбрать вариант...](#) | [Настройки...](#) | Все действия ?

Период: 01.01.2022 - 30.04.2022 СПИД Центр: ☐

НПО: ☐ Основная группа риска: ☐

Проект: ☒ GF APH 2021-2023 Клиент дедублицирован: ☐ Нет

Отчет не сформирован. Нажмите "Сформировать" для получения отчета.

Для відстеження необхідності тестування на ВІЛ, під час аналізу використовується інформація з колонки «Потребує тестування».

Отчет по кейсам ДКП

Сформировать | [Выбрать вариант...](#) | [Настройки...](#) | Все действия ?

Период: 01.01.2022 - 30.04.2022 СПИД Центр: ☐

НПО: ☐ Основная группа риска: ☒ Не равно

Проект: ☒ GF APH 2021-2023 Клиент дедублицирован: ☐ Нет

Транспортировка к ДКП 1.1	Доставка почтой 2	Доставка почтой 3	Доставка почтой 4	Доставка почтой 5	Требуется тестирование	Подконтрольная/неподконтрольная	Переселенец	С какого региона
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Подконтрольная		
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Подконтрольная		

Додаток 8. 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 кейс менеджеру _____ (назва НУО)
_____ (ППП)

Паспорт: _____

Виданий: _____

_____._____._____ року.

«___» _____ 2023 р.

(підпис)