

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>																							
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма																								
Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="475 607 847 647"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Форма первинної облікової документації <b>№ 108 - 3/о</b> ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" data-bbox="927 533 1501 573"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>№</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									№				
								№																

**Реєстраційна карта випадку контакту, не пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, особи з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами та проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (конфіденційна інформація) № \_\_\_\_\_**

**РОЗДІЛ І. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСОБУ, ЯКА МАЛА ВИПАДОК КОНТАКТУ З КРОВ'Ю ЧИ БІОЛОГІЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ЛЮДИНИ, ЗАБРУДНЕНИМИ НИМИ ІНСТРУМЕНТАРИЄМ, ОБЛАДНАННЯМ ЧИ ПРЕДМЕТАМИ, НЕ ПОВ'ЯЗАНИЙ З ВИКОНАННЯМ ЇЇ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ (далі – особа)**

1. Прізвище \_\_\_\_\_ Ім'я \_\_\_\_\_  
По батькові \_\_\_\_\_
2. Стать: ч  ж
3. Дата народження: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
4. Місце проживання \_\_\_\_\_ Контактний телефон: \_\_\_\_\_
5. Дані про вакцинацію/ревакцинацію проти гепатиту В (зазначити місяць і рік):  
1) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,                      2) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,                      3) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,                      не проводилася

**Розділ II. ДОКЛАДНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВИПАДОК КОНТАКТУ ОСОБИ З КРОВ'Ю ЧИ БІОЛОГІЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ЛЮДИНИ, ЗАБРУДНЕНИМИ НИМИ ІНСТРУМЕНТАРИЄМ, ОБЛАДНАННЯМ ЧИ ПРЕДМЕТАМИ (далі – джерело потенційного інфікування ВІЛ)**

6. Дата та час випадку контакту особи із джерелом потенційного інфікування ВІЛ:  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_
7. Форма контакту (необхідне підкреслити):  
переливання крові;  
використання спільних голочок та шприців для введення наркотиків;  
випадковий укол голкою крізь шкіру;  
контакт слизової оболонки з потенційно небезпечним матеріалом;  
контакт ушкодженої шкіри з потенційно небезпечним матеріалом;  
контакт неушкодженої шкіри з потенційно небезпечним матеріалом;  
незахищений статевий контакт:  
вагінальний: жінка;  
вагінальний: чоловік;  
анальний: пасивний партнер;  
анальний: активний партнер;  
оральний: пасивний партнер;  
оральний: активний партнер.

8. Біологічна рідина, з якою відбувся випадок контакту слизової оболонки або шкіри (необхідне підкреслити):

кров;

лабораторний матеріал;

потенційно небезпечна біологічна рідина (сперма, вагінальні виділення, грудне молоко, амніотична рідина), потенційно безпечна біологічна рідина, яка містить видимі домішки крові (слина, виділення з носової порожнини, піт, сльози, сеча, кал, блювотиння, мокротиння);

потенційно безпечна біологічна рідина, яка не містить видимих домішок крові (слина, виділення з носової порожнини, піт, сльози, сеча, кал, блювотиння, мокротиння).

9. Наявність факторів, які підвищують ризик інфікування ВІЛ (необхідне підкреслити):

насилля;

інфекції, що передаються статевим шляхом;

менструація;

інше \_\_\_\_\_

### **Розділ III. ВІДОМОСТІ ПРО ОСОБУ, З БІОЛОГІЧНИМИ РІДИНАМИ ЯКОЇ ВІДБУВСЯ ВИПАДОК КОНТАКТУ**

10. Наявність відомостей про особу, з біологічними рідинами якої відбувся випадок контакту (необхідне підкреслити): наявні, відсутні.

11. Наявність вірусного гепатиту В (необхідне підкреслити): позитивний, негативний, невідомо.

12. Наявність вірусного гепатиту С (необхідне підкреслити): позитивний, негативний, невідомо.

13. ВІЛ-статус (необхідне підкреслити): позитивний (підтверджений, виявлений під час скринінгових досліджень), негативний, невідомий.

14. При відомому позитивному ВІЛ-статусі:

14.1. Вірусне навантаження (необхідне підкреслити): не проводилося, проводилося,

дата дослідження: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, результат \_\_\_\_\_ кл/мкл.

14.2. Прийом антиретровірусної терапії (необхідне підкреслити): не приймає, приймає,

дата початку \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, початкова схема \_\_\_\_\_,

дата зміни \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, змінена схема \_\_\_\_\_,

дата зміни \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, змінена схема \_\_\_\_\_.

15. При невідомому ВІЛ-статусі:

15.1. Належність до груп ризику (необхідне підкреслити): споживачі ін'єкційних наркотиків; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають сексуальні стосунки із чоловіками; статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків; клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду; жінки – статеві партнери чоловіків, які практикують секс із чоловіками; ув'язнені; звільнені з місць позбавлення волі; не належить до жодної з груп.

15.2. Наявність симптомів (необхідне підкреслити): лихоманка, лімфаденопатія, фарингіт, висип, міальгія, діарея, нудота і блювання, гепатоспленомегалія, втрата ваги, кандидоз, неврологічні симптоми.

16. Проведення постконтактної профілактики (необхідне підкреслити): потребує, не потребує.

17. Направлений до закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_  
(вказати найменування)

18. Дата та час заповнення \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_:

19. Прізвище, ініціали та підпис лікаря закладу охорони здоров'я, що заповнював розділи I, II та III \_\_\_\_\_

20. Прізвище, ініціали та підпис особи, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ \_\_\_\_\_

**Розділ IV. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ  
ПОСТКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ (далі – ПКП)**

21. Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма \_\_\_\_\_

22. Дата та час звернення за ПКП \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

23. Час, який пройшов від моменту випадку контакту особи із джерелом потенційного інфікування ВІЛ до безпосереднього звернення особи за ПКП: \_\_\_\_ год. \_\_\_\_ хв.

24. Проведення ПКП: доцільно, не доцільно (необхідне підкреслити).

25. Результат тестування на ВІЛ (необхідне підкреслити): позитивний, негативний;  
номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.

26. Результат тестування на вірусний гепатит В (необхідне підкреслити): позитивний, негативний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

27. Результат тестування на вірусний гепатит С (необхідне підкреслити): позитивний, негативний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

28. Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_

29. Біохімічний аналіз крові \_\_\_\_\_

30. Наявність захворювань, які можуть вплинути на вибір схеми ПКП та її перебіг \_\_\_\_\_

31. Згода на проведення ПКП (необхідне підкреслити): отримана, не отримана.

32. Призначена схема ПКП (необхідне підкреслити): TDF/FTC/LPV/r, TDF/3TC/LPV/r, AZT/3TC/LPV/r, інше \_\_\_\_\_

(вказати схему)

**Розділ V. РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ОСОБОЮ, ЯКА МАЛА  
ВИПАДОК КОНТАКТУ ІЗ ДЖЕРЕЛОМ ПОТЕНЦІЙНОГО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ**

33. 1-й тиждень (заповнюється за наявності симптомів побічної дії антиретровірусних препаратів): дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

33.1. Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_

33.2. Біохімічний аналіз крові \_\_\_\_\_

33.3. Наявні симптоми \_\_\_\_\_

34. 2-й тиждень: дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

34.1. Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_

34.2. Біохімічний аналіз крові \_\_\_\_\_

34.3. Наявні симптоми \_\_\_\_\_

35. 3-й тиждень (заповнюється за наявності симптомів побічної дії антиретровірусних препаратів): дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

35.1. Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_

35.2. Біохімічний аналіз крові \_\_\_\_\_

35.3. Наявні симптоми \_\_\_\_\_

36. 4-й тиждень: дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

36.1. Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_

36.2. Біохімічний аналіз крові \_\_\_\_\_

36.3. Наявні симптоми \_\_\_\_\_

37. Змінена схема ПКП \_\_\_\_\_, дата зміни \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(зазначити схему)

38. Отримано ПКП (необхідне підкреслити): повний 28-денний курс, неповний курс.

39. Результати тестування на ВІЛ через 6 тижнів (необхідне підкреслити): негативний, позитивний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.

40. Результати тестування на ВІЛ через 12 тижнів (необхідне підкреслити): негативний, позитивний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.

41. Результати тестування на ВІЛ через 6 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.

42. Результати тестування на ВІЛ через 12 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.

43. Результат тестування на вірусний гепатит В через 6 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

44. Результат тестування на вірусний гепатит С через 6 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний;

номер аналізу \_\_\_\_\_, дата проведення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

45. Прізвище, ініціали та підпис лікаря закладу охорони здоров'я, який заповнив розділи IV та V \_\_\_\_\_