

Халық арасында АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайларын тергеп-тексеру қағидаларын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-231/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 4 желтоқсанда № 21725 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 07 шілдедегі Кодексінің 105-бабы 4-тармағына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Бұйрыққа қосымшаға сәйкес Халық арасында АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайларын тергеп-тексеру қағидалары бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасымен белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін күнтізбелік он күннің ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі*

А. Цой

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2020 жылғы 3 желтоқсаны
№ ҚР ДСМ-231/2020
Бұйрыққа қосымша

Халық арасында АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайларын тергеп-тексеру қағидалары

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Осы Халық арасында АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайларын тергеп-тексеру қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 105-бабының 4-тармағына сәйкес әзірленді және Қазақстан Республикасының халқы арасында АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайларына эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізу тәртібін айқындайды.

2. Осы Қағидаларда мынадай терминдер мен анықтамалар пайдаланылады:

1) авариялық жағдай - инфекцияланған материалдың немесе биологиялық субстраттардың зақымдалған немесе зақымдалмаған теріге, шырышты қабықтарға түсуі, медициналық манипуляцияларды орындау кезінде жарақаттар (дезинфекциялық өңдеуден өтпеген құралмен теріні тесу, теріні медициналық аспаптармен кесу);

2) АИТВ - адамның иммун тапшылығы вирусы;

3) АИТВ инфекциясы - адамның иммун тапшылығы вирусынан туындаған, иммундық жүйенің ерекше зақымдануымен сипатталатын және жүре пайда болған иммун тапшылығы синдромы қалыптасқанға дейін оның баяу бұзылуына әкеп соғатын созылмалы инфекциялық ауру;

4) АИТВ-инфекциясының көзі - аурудың кез келген сатысында, оның ішінде инкубация кезеңінде болатын АИТВ жұқтырған адам;

5) АИТВ инфекциясы жағдайларын электрондық қадағалау (бұдан әрі - электрондық қадағалау) – АИТВ инфекциясымен өмір сүретін адамдарға медициналық-профилактикалық қызметтер көрсетуді мониторингілеуге және бағалауға арналған ақпараттық жүйе;

6) АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын республикалық мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымы - АИТВ инфекциясына скринингтік, сараптамалық, төрелік зерттеулер және басқа да зертханалық зерттеулер жүргізетін денсаулық сақтау ұйымы (бұдан әрі – РМДСҰ);

7) байланыста болған адам - инфекция қоздырғышының көзімен байланыста болған немесе байланыста болып жатқан адам;

8) иммундық блоттинг - қоздырғыштың жекелеген ақуыздарына спецификалық антиденелердің болуын анықтауға мүмкіндік беретін әдіс, АИТВ инфекциясын диагностикалау кезінде растау тесті ретінде қолданылады;

9) инвазивтік әдістер - адам организмінің ішкі ортасына ену жолымен жүзеге асырылатын диагностикалау мен емдеу әдістері;

10) инфекцияның әлеуетті көздері – АИТВ-ның басқа адамға белгілі бір жағдайларда: жыныстық жолмен, парентералдық жолмен (зарарсыздандырылмаған медициналық және медициналық емес құралдарды пайдалану, гемотрансфузия, транспланттау, биоматериалмен жанасу кезінде), анадан балаға тік берілу жолымен жұқтыратын адамдар;

11) парентеральды байланыс - қан құю, инъекциялар мен манипуляциялар кезінде терінің және шырышты қабаттардың тұтастығын бұзумен, сондай-ақ анадан балаға босану каналынан өту кезінде инфекцияның берілуі;

12) эпидемиологиялық тексеру - бұл инфекция көзін, берілу жолдары мен факторларын анықтауға, жұқтыру қаупіне ұшыраған байланыста болған адамдарды анықтауға бағытталған іс-шаралар кешені.

2-тарау. АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайын тергеп-тексеруді жүргізу тәртібі

3. АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайын эпидемиологиялық тексеруді шетел азаматтарында АИТВ инфекциясын анықтауды қоса алғанда, әрбір жағдай бойынша АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын аумақтық денсаулық сақтау ұйымы жүргізеді. Егер инфекция медициналық көмек көрсету процесінде болған жағдайда, эпидемиологиялық тексеру халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы аумақтық мемлекеттік органмен бірлесіп, қажетті сарапшыларды тарта отырып жүргізіледі.

4. Эпидемиологиялық тексеру иммундық блотинг оң нәтиже берген күннен бастап күнтізбелік бір ай ішінде жүргізіледі. Медициналық көмек көрсету процесінде АИТВ инфекциясын жұқтыруға күдік туындаған кезде тергеп-тексеру мерзімі екі айды құрайды.

5. Эпидемиологиялық тексеру барысында осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес құпиялықты сақтай отырып және эпидемиологиялық тексеру картасын толтыра отырып, жұқтырған адамнан сұрау және АИТВ инфекциясының оң нәтижесімен жазбаша танысу жүргізіледі.

6. Кәмелетке толмаған адамда АИТВ инфекциясын тіркеу кезінде ата-анасының немесе заңды өкілдерінің қатысуымен сауалнама жүргізіледі.

7. АИТВ жұқтырған адам эпидемиологиялық тексеру картасынан электрондық бақылау жүйесіне (бұдан әрі – ЭБ) дербес деректерді енгізуге осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша ақпараттандырылған келісімге қол қояды. Дербес деректерді ЭБ жүйесіне енгізуден бас тартқан кезде иммундық блотинг (бұдан әрі – ИБ) нөмірін, ИБ күнін, аты-жөнін, туған күнін, эпидемиологиялық анамнез деректерін қамтитын дербестендірілген деректер енгізіледі.

8. АИТВ-инфекциясы жағдайын эпидемиологиялық тексеру кезінде инфекция көзі, берілу жолы мен факторы, жұқтыру қаупіне ұшыраған байланыста болған адамдар анықталады.

9. Қолда бар барлық қауіп факторларын зерделеу кезінде АИТВ инфекциясының берілу жолы мен факторы пациенттің инфекциясында, инфекцияның болжамды уақыты мен орнында шешуші рөл атқарғаны туралы дәйектеме 1 қосымшаға шығарылады.

Соңғы қорытындылар ошақта байланыста болғандарға серологиялық тексеру жүргізілгеннен кейін жасалады.

10. Серологиялық тексеруге жататын байланыста болған адамдардың шеңбері берілу жолына байланысты анықталады. АИТВ инфекциясы бар науқаспен жыныстық және/немесе парентеральді байланыста болған адамдар аурудың болжамды басталған сәтінен бастап байланыста болған адамдар болып табылады. Байланыста болған адамдар туралы ақпаратты АИТВ жұқтырғандардың өздері эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша тексеру және болжамды көзді анықтау үшін сауалнама жүргізу кезінде ерікті түрде ұсынады.

11. Медициналық көмек көрсетуге байланысты болжамды жұқтыру жағдайында медициналық ұйым бойынша байланыста болғандардың тізімін осы Қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес әрбір бөлімше бойынша емдеуге жатқызудың барлық кезеңінде АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымының дәрігер эпидемиологы қалыптастырады.

12. Тексеру алдында байланыс жасаушылардың аты-жөні бойынша бұрын диагнозы қойылған адамдарды тексеруге жататын тізімнен алып тастау үшін электрондық бақылау базасында тіркелуінің болуы тексеріледі.

13. 16 жасқа дейінгі балада АИТВ инфекциясы анықталған жағдайда, оның анасына зерттеп-қарау жүргізіледі. Анасында АИТВ инфекциясы анықталған жағдайда оның 16 жасқа дейінгі кәмелетке толмаған балалары және АИТВ инфекциясының парентеральді және жыныстық берілу жолы бойынша байланысқандар зерттеп-қаралады.

14. Байланысқан адамдар АИТВ инфекциясын жұқтыру қаупі туралы АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымының эпидемиологы тестілеуге дейінгі консультация беру барысында немесе АИТВ жұқтырған адам арқылы хабарланады. Байланыста болған адамдарға АИТВ инфекциясын жұқтыру қаупінің бар екендігі туралы хабарланған жағдайда инфекция көзінің аты жария етілмейді.

15. Байланыста болған адамдарға АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымында бақылау белгіленеді. Байланыстағы адамдарды бақылау ұзақтығы төмендегілер үшін белгіленеді :

- 1) АИТВ жұқтырған аналардан туған балалар - он сегіз ай;
- 2) авариялық жағдай туындаған кезде медицина қызметкерлеріне - үш ай;
- 3) донорлық биоматериал реципиенттері - үш ай;

4) АИТВ жұқтырған және есірткіні бірлесіп енгізу бойынша байланыста болған жыныстық серіктерге - байланыс аяқталғаннан кейін 3 айдан соң АИТВ инфекциясына тесттің теріс нәтижесін алғанға дейін; жалғасып жатқан байланыста болған кезде байланыста болған адамдарға жылына 2 рет АИТВ инфекциясының болуына тексеру жүргізіледі;

5) ауруханаішілік ошақтағы адамдарға - медициналық ұйымнан шыққаннан кейін үш ай; егер ауруханадан шыққаннан кейін үш айдан астам уақыт өтсе, байланыста болғандар бір реттік тексеруден өтеді, теріс нәтиже кезінде бақылау тоқтатылады.

16. Болжам бойынша медициналық көмек көрсетумен байланысты АИТВ инфекциясының әрбір жағдайына АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымы Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес әзірленген шұғыл хабарламаны халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы аумақтық мемлекеттік органға және РМДСҰ-ға алдын ала хабарламаны жібереді.

17. Есепті айдан кейінгі айдың 10-күніне АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын аумақтық денсаулық сақтау ұйымы төмендегілерде анықталған АИТВ инфекциясы жағдайларына РМДСҰ-ға ақпарат ұсынады:

- 1) биоматериал донорлары мен реципиенттерінде;
- 2) балаларда;
- 3) медициналық жұмыскерлерде;
- 4) жүкті әйелдерде;

5) медициналық көмек алуға байланысты жұқтыру кезінде медициналық ұйымдардың пациенттерінде;

6) пенитенциарлық мекемеде жұқтыру кезінде - сотталғандар мен тергеумен камалғандарда;

7) АИТВ инфекциясының анықталмаған берілу жолымен тергеп-тексерілген жағдайларында.

18. АИТВ жұқтырған адамға АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымында динамикалық бақылау қамтамасыз етіледі. Байланыста болған адамдарды зертханалық тексеру нәтижелері диспансерлік есепте тұрған АИТВ жұқтырған адамның амбулаториялық картасында белгіленеді (дискордантты жұптар). АИТВ жұқтырған адам электрондық бақылау базасына енгізілетін отбасы жағдайының, тегінің, атының, әкесінің атының (бар болған жағдайда) өзгеруіне арналған деректерді, тексеру және байқау үшін жаңа байланыста болған адамдар туралы деректерді динамикада ұсынады.

19. Анықталған АИТВ жұқтырған адамдардың тізімі қолма-қол тәсілмен желімделген конвертте қан қызметі саласындағы қызметті жүзеге асыратын аумақтық денсаулық сақтау ұйымына, "Республикалық қан орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына, "Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жоғарыда аталған адамдарды донорлықтан өмір бойына шығару үшін жіберіледі.

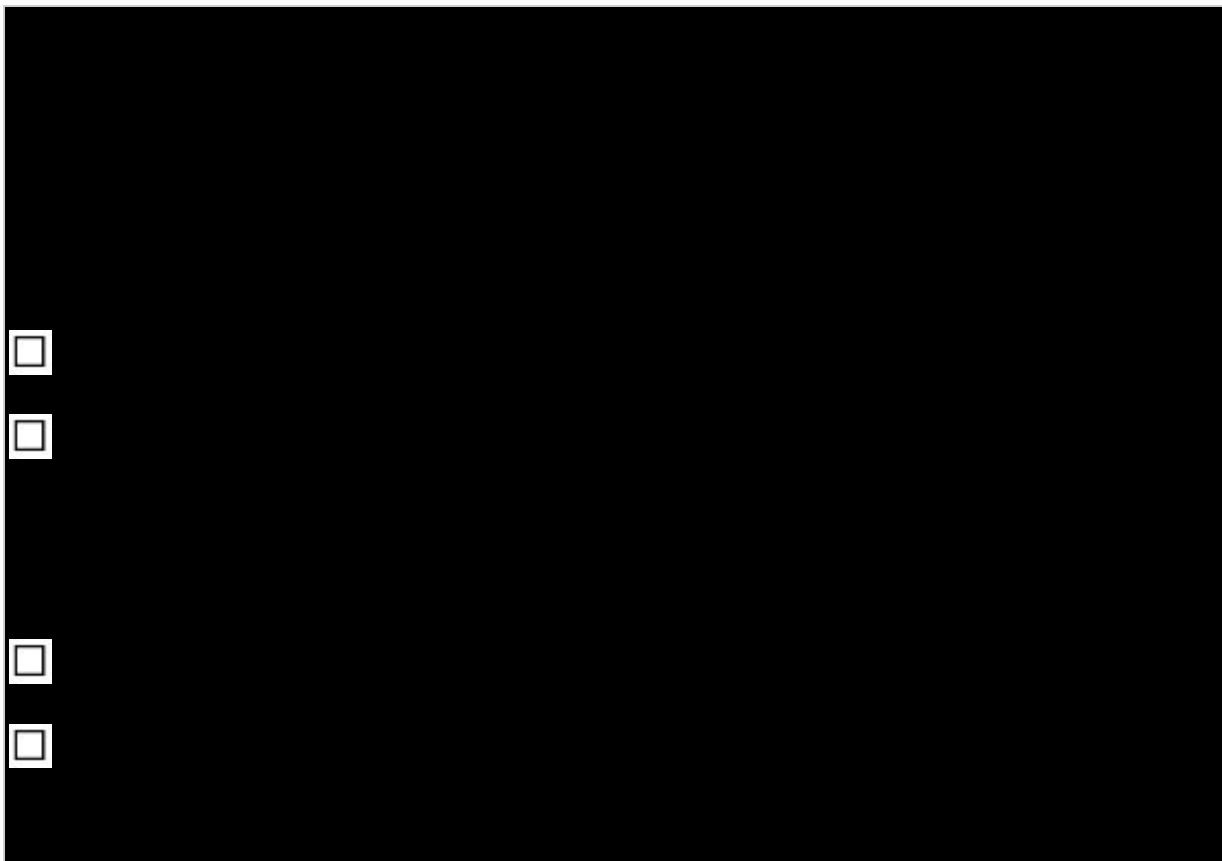
20. Авариялық жағдай туындаған кезде (зақымдалған немесе зақымдалмаған теріге, шырышты қабықтарға, медициналық құралдармен тесілген теріге, кесілген тері қабаттарына инфекцияланған материалдың немесе биологиялық субстраттардың түсуі), сондай-ақ жыныстық қатынас кезінде немесе басқа да мән-жайларда инфекция жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдар жүгінген кезде авариялық жағдайдың орны, уақыты, ықтимал инфекция көзі айқындалады, кейіннен Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес бекітілген журналда тіркеледі.

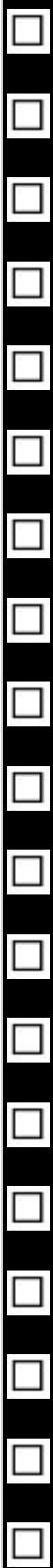
21. Авариялық жағдайды тіркеген медициналық ұйым Кодекстің 7-бабының 31-тармақшасына сәйкес бекітілген ықтимал жұқтырған материалмен кәсіптік байланыс туралы есепті АИТВ инфекциясының профилактикасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын аумақтық денсаулық сақтау ұйымына жібереді.

22. "АИТВ инфекциясы" диагнозы қойылған медицина қызметкерлерін Кодекстің 161-бабының 4-тармағына сәйкес жұмыс беруші олардың тері қабаттарының немесе сілемей қабаттарының бүтіндігі бұзылмайтын басқа жұмысқа ауыстыруға жатқызады.

АИТВ
инфекциясын жұқтыру
жағдайларын тергеп-тексеру
қағидаларына 1-қосымша

АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫ ЖАҒДАЙЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ ТІРКЕУ КАРТАСЫ РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ





3.ӘЛЕУМЕТТІК –ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ДЕРЕКТЕР
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

3.1 Азаматтығы

1- ҚР азаматы

2 –Шетел азаматы

3 – Азаматтығы жоқ адамдар

4 – Оралман

Гражданство Гражданин РК Иностраннй гражданин Лицо без гражданства

Оралман

Ш Е Т Е Л Д Л Я	А З А М А Т Т А Р Ы				Ү Ш І Н	
3.2	ҚР-ға	келген	уақыты	___/___/	___/___/___/___/	Г Р А Ж Д А Н
Дата	приезда	в	РК	(айы,	жылы /	месяц, год)
3.3 ҚР-ға қандай елден келді?						
<input type="checkbox"/>	1-Ресей,					
<input type="checkbox"/>	2-Беларусь,					
<input type="checkbox"/>	3-Украина					
<input type="checkbox"/>	4-Молдова					
<input type="checkbox"/>	5 - Қ ы т а й					
Из какой страны прибыл в РК? Россия, Беларусь, Украина, Молдова, Китай,						

<input type="checkbox"/>	6-Монғолия,			
<input type="checkbox"/>	7-Әзірбайжан,			
<input type="checkbox"/>	8 – Қырғызстан,			
<input type="checkbox"/>	9			– Т ә ж і к с т а н ,
<input type="checkbox"/>	Монғолия Азербайджан Кыргызстан Таджикистан			
<input type="checkbox"/>	10 –Түрікменстан			
<input type="checkbox"/>	11 - Өзбекстан,			
<input type="checkbox"/>	2	–	А л ы с	ш е т е л ,
<input type="checkbox"/>	Туркменистан Узбекистан, Дальнее зарубежье,			
<input type="checkbox"/>	13 – Басқалары,			
<input type="checkbox"/>	14 – Армения,			
<input type="checkbox"/>	15 – Грузия,			
<input type="checkbox"/>	1 6	–		Л а т в и я
<input type="checkbox"/>	Другое ,	Ар м е н и я ,	Г р у з и я ,	Л а т в и я
<input type="checkbox"/>	3.4 ҚР-ға келу мақсаты			
<input type="checkbox"/>	1 - Оқу,			
<input type="checkbox"/>	2 - Жұмыс,			
<input type="checkbox"/>	3 – Қызметтік іссапар,			
<input type="checkbox"/>	4 - Тур. сапар,			
<input type="checkbox"/>	5	-		Т М
<input type="checkbox"/>	Учеба, Работа, Служебная командировка, Тур. Поездка ПМЖ,			
<input type="checkbox"/>	6 – Жеке сапар Частный визит			

3.5 Отбасылық жағдайы (16 жас және одан үлкен жастағы адамдар үшін):

1 – Үйленген/тұрмыста,
Семейное положение (для лиц от 16 лет и старше) Женат/замужем,

2 -Ажырасқан,

3 – Азаматтық неке,

Разведен(а) Гражданский брак

4 - Үйленбеген/тұрмыс құрмаған,

Не женат/ не замужем,

5 – Жесір

Вдовец/вдова

3.6 18 жастан кіші адамдардың кіммен тұратынын атап көрсету?

1 –Екі ата-анасымен

Для лиц младше 18 лет указать с кем проживает?

С обоими родителями

2 - Әке-шешесінің біреуімен,

С одним родителем,

3 – Туыстарымен (қамқоршысымен),

С родственниками (опекунами),

4 - Мемлекеттің қамқорлығында,

На попечении государства ,

5– Қамқоршысы бар-туыстары емес

Имеет опекунов - не родственников

Отбасы мүшелері (барлығы үшін) /Члены семьи (для всех):

ТАӘ ФИО	Туыстық байланыс Родственная связь	Жынысы (1-еркек, 2- ә й е л) Пол (1–муж,2–жен)	Туған жылы Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	АИТВ мәртебесі (1-оң, 2-теріс, 3– зерттеп-қаралмаған) ВИЧ статус (1– Пол,2–Отр, 3–Не обл .)
3.7	3.8*	3.9	3.10	3.11	3.12

* 3.8 Туыстық байланыс:

1 Еркек,

2 Әйел,

3 Азаматтық күйеуі,

4 Азаматтық әйел,

5 Қызы,

6 Ұлы,

Родственные связи Муж, Жена, Гражданский муж, Гражданская жена, Дочь, Сын,

7 Күйеу баласы,

8 Келіні,

9 Басқа,

10 Анасы,

11 Әкесі

Зять, Сноха, Другое, Мать, Отец

3.13 Білімі:

1 – Жоғары,

2 – Аяқталмаған жоғары ,

3 -Орта,

4 – Арнайы орта,

5 - Аяқталмаған орта,

Образование: Высшее Незаконченное высшее Среднее Средне-специальное
Незаконченное среднее

6 -Бастауыш,

7 –Білімі жоқ

Начальное Без образования

3.14 Әлеуметтік мәртебесі:

1-Жұмыс істейді,

2 –Жұмыс істемейді,

3 – Мектеп оқушысы

С оциальный статус: Работает, Не работает, Учащийся школы,

4 - Ұйымдастырылмаған,

5 - МДБҰ*,

6 - Сотталған,

7-Тергеуде-қамауда,

Не организованный ДДУ, Осужденный, Следственно-арестованный

8 -Басқасы,

9 - Зейнеткер,

10 – АООО және ЖОО оқушысы*,

Другое Пенсионер Учащийся ССУЗов и ВУЗов

11 - Әскери қызметкер Военнослужащий

3.15 Жұмыс/оқу орны _____

Место работы/учебы (ұйымның, кәсіпорынның немесе басқаның атауын жазу керек / вписать название организации, предприятия или другое)

Аталғандардан тандап алу керек:

1 - Медициналық ұйым,

2 - Өнеркәсіптік кәсіпорын

3 - Сауда кәсіпорыны,

4 - Автокөлік кәсіпорыны,

5 – Құқық қорғау органдары,

6 - Әскери бөлім,

7 – Қызмет көрсету саласы,

8 – Білім беру мекемесі,

9 – Кәсіпкерлік қызмет,

10 – Басқалары Выбрать из перечисленного: Медицинская организация Промышленное предприятие, Предприятие торговли, Автотранспортное предприятие, Правоохранительные органы Военская часть Сфера обслуживания Учреждение образования Предпринимательская деятельность Другое

3.16 МЖАА

1- Иә,

2- Жоқ

БОМЖ Да Нет

МЕКЕНЖАЙЛАРЫ/ АДРЕСА

Т і р к е л г е н М е с т о 3.18 Облыс _____ — О б л а с т ь 3.19 Облыстың әкім.бірл. _____ ----- А д м . е д . о б л а с т и 3.20 Елді мекен _____ — — — — — Н а с е л е н н ы й п у н к т 3.21 Көше, үй, пәтер _____ ----- У л и ц а , д о м , к в а р т и р а 3.22 Байланыс телефоны _____ ----- К о н т а к т н ы й т е л е ф о н	Т ұ р а т ы н М е с т о ж и т е л ь с т в а 3.23 Облыс _____ ----- О б л а с т ь 3.24 Облыстың әкім.бірл. _____ ----- А д м . е д . о б л а с т и 3.25 Елді мекен _____ — — — — — Н а с е л е н н ы й п у н к т 3.26 Көше, үй, пәтер _____ ----- У л и ц а , д о м , к в а р т и р а 3.27 Байланыс телефоны _____ ----- К о н т а к т н ы й т е л е ф о н
---	---

3.28 Организация выявления _____

_____ Анықталған ұйым (мед. ұйымның атауын жазу / вписать название мед. организации)

3.29 Эпидемиологиялық зерттеуді жүргізбеу себебі Причина не проведения эпид.обследования

-
- 1 – Қайтыс болған/Умер,
- 2 – ҚР-нан тыс кеткен/ Выехал за пределы РК,
- 3 - Облыстан тыс кеткен/ Выбыл за пределы области,
- 4 – Іздестірілуде (тұрмайды, тізімде жоқ, мекенжайы белгісіз)/В розыске (не проживает , не значится, адрес неизвестен),
- 5 – МЖАА*/ БОМЖ,
- 6 - Бас тартқан /Отказ,
- 7 - ҚР тыс тұрады/ Проживает за пределами РК,
- 8 - Медициналық көрсетілімі бойынша/По медицинским показаниям.

3.30 Д есепке (базаға) алмау себебі / Причина не взятия на Д учет (в базе)

-
- 1 – Іздестірілуде (тұрмайды, тізімде жоқ, мекенжайы белгісіз)/В розыске (не проживает , не значится, адрес неизвестен),
- 2 - ҚР-нан тыс кеткен/ Выехал за пределы РК,
- 3 – БТЖЖ */ БОМЖ,
- 4 – Бас тартқан/ Отказ.

4. ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АНАМНЕЗ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

4.1 Бұрын АИТВ-ға тексеруден өткен бе? (соңғы тексеру нәтижесін ғана жазу)

-
- 1 – Иә,
- 2 -Жоқ,

3 – Есімде жок/ білмеймін

Проходил ли обследование на ВИЧ когда-либо ранее? Да, Нет,
(вписать только последнее обследование) Не помню/не знаю

4.2 Тексерілген жылы ___/___/___/___/

Год обследования

4.3 Нәтижесі:

1 – Теріс,

2 – Оң

3 - Есімде жок/ білмеймін

Результат Отрицательный, Положительный, Не помню/не знаю

ЕСІРТКІНІ ОПЫТ	ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ УПОТРЕБЛЕНИЯ	ЖОЛМЕН НАРКОТИКОВ	ҚОЛДАНУ ИНЪЕКЦИОННЫМ	ТӘЖІРИБЕСІ ПУТЕМ
4.4 Есірткіні инъекциялық жолмен тұтыну тәжірибесі болды ма?				
<input type="checkbox"/>				
1- Иә,				
<input type="checkbox"/>				
2 - Ж о к				
Имел(а) ли опыт употребления наркотиков инъекционным путем? Да, Нет				
Егер "Иә" болса, онда келесі сұрақтарға ауысу керек:				
Если "да", то перейти к следующим вопросам				
4.5 Соңғы 12 айда есірткіні инъекциялық жолмен тұтынуы				
<input type="checkbox"/>				
1- Иә,				
<input type="checkbox"/>				
2 - Ж о к				
Употребление наркотиков инъекционным путем за последние 12 месяцев Да, Нет				
4.6 Инъекциялық жолмен тұтыну өтілі ___/___/жыл ___/___/ айлар				
Стаж инъекционного употребления лет месяцев				
4.7 Есірткіні бірлесіп енгізуі				
<input type="checkbox"/>				
1 – Иә,				
<input type="checkbox"/>				
2 - Жоқ,				
<input type="checkbox"/>				
3 - Е с і м д е ж о к				
Совместное введение наркотиков Да, Нет, Не помню				
4.8 Егер "Иә" болса, онда кіммен? (жауаптың бірнеше нұсқасы болуы мүмкін)				
<input type="checkbox"/>				
1 –Жыныстық серіктесімен,				
<input type="checkbox"/>				
2 – Тұрақты топта,				

3 – К е з д е й с о қ т о п т а
Если "да", то с кем? (возможно несколько вариантов ответов) С половым партнером, В постоянной группе
, В с л у ч а й н о й г р у п п е

4.9 Есірткіні АИТВ-позитивті адаммен бірлесіп енгізуі

1 – Иә,

2 - Жоқ,

3 – Е с і м д е ж о қ / б і л м е й м і н
Совместное введение наркотиков с ВИЧ -позитивным Да, Нет, Не помню/не знаю

4.10 Тұтынатын инъекциялық есірткінің түрі

1 - Героин,

2 - Ханка,

3 - Амфетаминдер,

4 – Басқалары,

5 – Көкнар,

6 – С и н т е т и к а
Вид употребляемого инъекционного наркотика Героин, Ханка, Амфетамины, Другое, Мак, Синтетика

4.11 Наркологиялық диспансерде есепте тұра ма?

1 – Иә,

2 - Жоқ,

3 – Е с і м д е ж о қ
Состоит на учете в наркологическом диспансере? Да, Нет, Не помню

4.12 Полиция органдарында есепте тұра ма?

1 – Иә,

2 - Жоқ,

3 – Е с і м д е ж о қ
Состоит на учете в органах полиции? Да, Нет, Не помню

КОММЕРЦИЯЛЫҚ СЕКС ҚЫЗМЕТІН КӨРСЕТУ/ ОКАЗАНИЕ УСЛУГ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА

4.13 Коммерциялық секс көрсету қызметінде тәжірибесі бар ма?/
Имел(а) ли опыт оказания услуг коммерческого секса?

Егер "иә" болса, келесі сұрақтарға ауысыңыз/ Если "да", то перейти к следующим вопросам:

1- Иә/Да

2- Жок/Нет

4.14 Қызмет көрсету өтілі/

Стаж оказания услуг ___/___/ жыл/лет ___/___/ ай/месяцев

4.15 Соңғы айдағы жыныстық серіктестерінің саны/

Количество коммерческих половых партнеров за последний месяц _____ (саны/число)

4.16 Сіз (немесе сіздің коммерциялық сертесіңіз) соңғы жыныстық қатынас кезінде мүшеқапты қолдандыңыз ба?

Использовали ли Вы (или Ваш коммерческий партнер) презервативы при последней половой связи?

1 – Иә,

2 – Жок,

3 – Есімде жок/білмеймін

Да Нет Не помню/не знаю

ГОМОСЕКСУАЛЬДЫҚ ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫНАСТАРДЫҢ БОЛУЫ (еркектер үшін)
НАЛИЧИЕ ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ПОЛОВЫХ КОНТАКТОВ (для мужчин)

4.17 Гомосексуальдық қатынастардан тәжірибесі бар ма?

1- Иә,

2 -

Имел ли опыт гомосексуальных контактов? Да, Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі сұрақтарға ауысу керек:
Если "да", то перейти к следующим вопросам

4.17.1 Өмір бойы жыныстық серіктестерінің саны _____ (саны/число)
Количество половых партнеров в течение жизни

4.17.2 Өмір бойы қандай жыныстық серіктестері болды?

1 – Тұрақты,

2 - К е з е й с о қ ,

Какие половые партнеры были в течение жизни Постоянные, Случайные,

3 - Коммерциялық

Коммерчески е

4.18 Соңғы 12 айда гомосексуальдық жыныстық қатынастардың болуы

1 – Иә,

2 - Ж о к

Наличие гомосексуальных половых контактов за последние 12 месяцев Да, Нет

4.19 Соңғы 12 айда коммерциялық гомосексуальдық жыныстық серіктесімен қатынасы болды ма?

Имел контакт с коммерческим гомосексуальным половым партнером за последние 12 месяцев?

1 – Иә-Да,

2 – Жок/Нет,

3 - Е с і м д е ж о қ / Н е п о м н ю

4.20 Соңғы 12 айдағы жыныстық серіктестерінің саны _____ (саны/число)

Количество половых партнеров за последние 12 месяцев

4.20.1 Соңғы 12 айда қандай жыныстық серіктестері болды?

1 – Тұрақты,

2 – Кезейсоқ,

3 - Коммерциялық Какие половые партнеры были в течение последних 12 месяцев?

Постоянные, Случайные, Коммерческие

4.21 АИТВ-оң нәтижелімен жыныстық қатынасы болды ма?

1 – Иә,

2 - Жок,

3 - Е с і м д е ж о қ

Имел половой контакт с ВИЧ-положительным? Да, Нет, Не помню/не знаю

4.22 ИЕТА жыныстық қатынасы болды ма?

1 – Иә,

2 - Жок,

3 - Е с і м д е ж о қ / б і л м е й м і н

Имел половой контакт с ЛУИН? Да, Нет, Не помню/не знаю

ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬДЫҚ ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫНАСЫНЫҢ БОЛУЫ
НАЛИЧИЕ ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫХ ПОЛОВЫХ КОНТАКТОВ

4.23 Гетеросексуалдық қатынастардан тәжірибесі бар ма?

1 – Иә,

2 – Ж о қ
Имел(а) ли опыт гетеросексуальных контактов? Да, Нет
Егер "Иә" болса, онда келесі сұрақтарға ауысу керек:
Если "да", то перейти к следующим вопросам:

4.24 Өмір бойы қандай жыныстық серіктестері болды?

1 – Тұрақты,

2 – К е з е й с о қ ,
Какие половые партнеры были в течение жизни?

3 – К о м м е р ц и я л ы к
Постоянные, Случайные, Коммерческие
4.25 АИТВ-оң нәтижелімен жыныстық қатынасы болды ма?

1 – Иә,

2 - Жоқ,

3 – Е с і м д е ж о қ / б і л м е й м і н
Имел половой контакт с ВИЧ-положительным? Да, Нет, Не помню/не знаю

4.26 ИЕТА жыныстық қатынасы болды ма?

1 – Иә,

2 - Жоқ,

3 – Е с і м д е ж о қ / б і л м е й м і н
Имел половой контакт с ЛУИН? Да, Нет, Не помню/не знаю

4.27 Соңғы 12 айда гетеросексуалдық байланыстар болды ма?

1 – Иә,

2 – Ж о қ
Имел ли опыт гетеросексуальных контактов за последние 12 месяцев? Да, Нет
4.28 Соңғы 12 айдағы жыныстық серіктестерінің саны _____(саны/число)
Количество половых партнеров за последние 12 месяцев

4.29 Соңғы 12 айда қандай жыныстық серіктестері болды?

1 – Тұрақты,

2 – К е з е й с о қ ,

3 – К о м м е р ц и я л ы к
Какие половые партнеры были в течение последних 12 месяцев? Постоянные, Случайные, Коммерческие

ҚР, облыс, қала, аудан/ РК, область , город, район	Ел, қала Страна , город	жылы) Дата донорства (число, месяц, год)	Наименование МО забора крови (Приложение центров крови)*	3-Қайталап Категория донора (1): 1 – Первичный, 2 – Повторный, 3 – Регулярный	Қайтарымсыз Тип донорства : 1 – Платный 2 – Безвозмездный	қартасының №) Код донора (№ регистрации карты в доноре)	№ және сериясы) К о д донации (№ компонента и серия)	айы, жылы) Д а т а обследования на ВИЧ донора (3 – Не о число, месяц, год)	3-Тексеу ВИЧ 1 – 2 – 3 – Не о
4.36	4.37	4.38	4.39	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45

4.46 Соңғы 5 жылда шәуіттің, ағзалардың, тіндердің, жасушалардың, емшек сүтінің доноры болып табылады ма?

Являлся ли донором спермы, органов, тканей, клеток, грудного молока за последние 5 лет?



1 – Иә/Да,



2 – Жок/Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек: (жауабын бағаналарға жазу керек)

Если "да", то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Донорлық орны: Место донорства:						Донорлық материалдың түрі: 1- Шәуіттің, 2-Органдар, 3- Тіндер, 4- Жасушалар, 5-Емшек сүті В и д донорского материала 1 – Сперма, 2 – Органы, 3 – Ткани, 4 – Клетки, 5 – Грудное молоко	Донорлық материалдың сериясының реттік № (тіркеу журналында) № серии донорского материала (в журнале забора)	Донорлық материалды қабылдаған МҰ атауы Наименование МО, получившего донорский материал	Донорд АИТВ-ті тексерг күні Дата обследо на ВІ донора число, м год)						
ҚР: облыс, қала, аудан/ РК: область , город, район	Ел, қала Страна , город	Донорлық күні (күні , айы, жылы) Дата донорства (число, месяц, год)	Донорлық материалды алатын МҰ атауы Наименование МО забора донорского материала	Донор санаты: 1-Алғашқы 2-Қайталау 3-Тұрақты Категория донора: 1 - Первичный 2 - Повторный 3 - Регулярный	Донорлықтың түрі: 1-Ақылы 2 - Қайтарымсыз Тип донорства : 1 – Платный, 2 – Безвозмездный	4.47	4.48	4.49	4.50	4.51	4.52	4.53	4.54	4.55	4.56

Донордың коды бойынша Республикалық қан орталығына сұрау жібергеннен кейін (донордың тіркеу картасындағы немесе ОҚО мәліметтер базасындағы №) және

донациялау коды (құрауыштарының және сериясының №) бойынша, донорға толық ақпарат алуға және хабарламаны толтыруға болады.

После направления запроса в Республиканский центр крови по коду донора (№ регистрации в карте донора или базе данных в ОЦК) и коду донации (№ компонента и серии), можно получить полную информацию на донора крови и заполнить донесение на донора (приложение).

СОҢҒЫ 5 ЖЫЛДА ДОНОРЛЫҚ МАТЕРИАЛДЫҢ РЕЦИПИЕНТІ, 110 код үшін
РЕЦИПИЕНТ ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ, для 110 кода
4.58 Соңғы 5 жылда қан реципиенті болып табыла ма?

1 – Иә/Да,

2 – Жок/Нет

Являлся ли реципиентом крови за последние 5 лет?

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек: (жауабын бағаналарға жазу керек)

Если "да", то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Трансфузия орны: Место трансфузии:		Қ а н құрауыштарын қабылдаған МҰ атауы Наименование МО получения компонентов крови	Қ а н құрауыштарын қабылдаған күні (күні, айы, жылы) Дата получения компонентов крови (число, месяц, год)	Ауыру тарихының номері Номер истории болезни	Құрауыштың коды (құрауыштың және сериясының №) К о д компонента (№ компонента и серия)	Донордың коды (донорлық картадағы тіркеу №) Код донора (№ регистрации в карте донора)	АИТВ-мәртебесі 1-Оң, 2-Теріс 3 - Тексерілмеген ВИЧ статус донора 1-Полож. 2 – Отриц. 3 – Не обслед.
ҚР: облыс, қала, аудан РК: обл, город, район	Ел, қала, Страна, город						
4.59	4.60	4.61	4.62	4.63	4.64	4.65	4.66

4.67 Соңғы 5 жылда шәуіттің, ағзалардың, тіндердің, жасушалардың, емшек сүтінің реципиент болып табылады ма?

Являлся ли реципиентом спермы, органов, тканей, клеток, грудного молока за последние 5 лет?

1 – Иә/Да,

2 – Жок/Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек: (жауабын бағаналарға жазу керек)

Если "да", то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

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

Биоматериалды алатын орын (трансплантации Мест о получения биоматериала (трансплантации):		Доно рлық материалды алатын МҰ атауы	Доно рлық материалды қабылдайтын МҰ атауы	Доно рлық материалды қабылдаған күні (күні, айы, жы лы)	Доно рлық материалды қабылдаған күні (күні, айы, жы лы)	Доно рлық материалды қабылдаған күні (күні, айы, жы лы)	Доно рлық материалды қабылдаған күні (күні, айы, жы лы)	Доно рлық материалды қабылдаған күні (күні, айы, жы лы)	Доно рлық материалды қабылдаған күні (күні, айы, жы лы)
ҚР: облыс, қала, аудан	Ел, қала, Страна, город								
4.68	4.69	4.70	4.71	4.72	4.73	4.74	4.75	4.76	

СОҢҒЫ 12 АЙДА ЖЖБИ СИМПТОМДАРЫНЫҢ БОЛУЫ НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ИППП ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

4.77 Аурудың анамнезінде жыныстық жолмен берілетін аурулардың болуы (мерез, соз, ұшық, жыныс мүшелерінің ойық жаралары, трихомониаз және басқа)

Наличие в анамнезе заболеваний, передаваемых половым путем (сифилис, гонорея, герпес, язвы половых органов, трихомониаз и другое)

1- Иә/Да,

2- Жоқ/Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек:

Если "да", то перейти к следующей таблице:

Диагно зды қою күні	Дата постановки диагноза	Диагно зы	Диагно з
4.78		4.79	

4.80 ТВД диспансерлік есепте тұра ма?

1- Иә,

2- Жоқ

Состоит ли на диспансерном учете в КВД? Да, Нет

4.81 Достық кабинеттеріне барып жолыққан ба?

1- Иә,

2- Жок

Обращался в дружественные кабинеты (ДК)? Да, Нет

4.82 Соңғы 12 айда ДК қанша рет барып жолыққан? _____(саны/число)

Сколько раз за последние 12 месяцев обращался в ДК?

4.83 ЖЖБИ* мәселесі бойынша жеке клиникаларға (дәрігерлерге) барып жолығуы

1- Иә,

2- Жок

Обращение в частные клиники (к врачам) по поводу ИППП Да, Нет

4.84 Соңғы 12 айда жеке клиникаларға (дәрігерлерге) неше рет барып жолыққан? _____(саны/число)

Сколько раз за последние 12 месяцев обращались в частные клиники (к врачам)?

АИТВ-ОҢ СВЕДЕНИЯ	МӘРТЕБЕСІ НА ДЕТЕЙ	БАР С	БАЛАЛАР ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ	ТУРАЛЫ ВИЧ	МӘЛІМЕТТЕР СТАТУСОМ
---------------------	-----------------------	----------	--------------------------	---------------	------------------------

4.85 Бала жоспарлы түрде ішті жарып алу жолымен туды

1- Иә,

2 -

Ребенок родился путем планового кесарево сечения Да, Нет

4.86 Бала тек жасанды жолмен тамақтандырылды

1-Иә,

2 - Жок,

3 - Е с і м д е ж о к
Ребенок имел исключительное искусственное вскармливание Да, Нет, Не помню

4.87 Анасына жүктілік/босану кезінде химиопрофилактика жүргізілген

1 - Иә,

2 - Жок,

3 - Е с і м д е ж о к
Матери была проведена химиопрофилактика во время беременности/родов Да, Нет, Не помню

4.88 Жаңа туылған кезде нәрестеге химиопрофилактика жасалынды

1- Иә,

2- Жок,



Ребенку была проведена химиопрофилактика в период новорожденности Да, Нет, Не помню

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕМЕС МАНИПУЛЯЦИЯЛАР
ТУРАЛЫ****МӘЛІМЕТТЕР СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ
МАНИПУЛЯЦИЯХ**

4.89 Анамнезінде медициналық және медициналық емес манипуляциялардың болуы



1- Иә,



2- Жок

Наличие в анамнезе медицинских и немедицинских манипуляций Да, Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек: (жауабын бағаналарға жазу керек)

Если "да", то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Араласу күні: (күні, айы, жылы) Дата вмешательства : (число, месяц , год)	Араласу түрі: 1 - Медициналық, 2 - Медициналық е м е с В и д вмешательства: 1 - Медицинские, 2 - Немедицинские	Араласу түрі: 1 - Инвазивтік, 2 - Оперативтік, 3 - Стоматологиялық, 4 - Акушерлік-гинекологиялық, 5 - Басқасы, 6 - Татуировка жасау, 7 - Құлағын тесу, 8 - Пирсинг, 9 - Сүндетке отырғызу, 10 - Қырыну үшін ортақ ұстараны қолдау, 11 - Ортақ тіс щеткасын қолдауы, 12 - Маникюр, 13 - Педикюр, 14 - Сүйелін кесу, 15 - Басқасы Тип вмешательства: 1 - Инвазивные, 2 - Оперативные, 3 - Стоматологические, 4 - Акушер-гинекологические, 5 - Другое, 6 - Нанесение татуировок, 7 - Прокалывание ушей, 8 - Пирсинг, 9 - Иссечение крайней плоти, 10 - Использование общих лезвий для бритья, 11 - Использование общих зубных щеток, 12 - Маникюр, 13 - Педикюр, 14 - Срезание мозолей, 15 - Другое	Ұйымның атауы Наименование организации
4.90	4.91	4.92	4.93

АВАРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР**АВАРИЙНАЯ СИТУАЦИЯ**

4.94 Апаттық жағдайлар болды ма?



1- Иә,



2- Жок

Были ли аварийные ситуации? Да, Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек: (жауабын бағаналарға жазу керек)

Если "да", то перейти к следующей таблице: (вписать ответ в по каждому столбцу)

Жұқтыру қауіпі: 1- Кәсіби	Жарақат түрі: 1-Терінің тесілуі, 2-Кесіп алу, 3- Тістеп алу, 4-Қанның және басқа биологиялық заттардың	Жанасудан кейінгі профилактика 72 сағат ішінде	Жанасушының АИТВ-мәртебесі 1 - Оң, 2 - Теріс, 3 -
------------------------------	---	---	---

Күні (күні, айы, жылы)	2- Кәсіби емес Р и с к инфицирования: 1 -	Мекеменің атауы	шырышты қабыққа және зақымдалған теріге түсуі, 5- Б а с қ а с ы	жүргізілді: 1 – Иә, 2 - Жоқ, 3 – Есімде жоқ	Тексерілмеген ВИЧ статус
Дата (число, месяц, год)	Профессиональный , - Н е профессиональный	Название учреждения	В и д т р а в м ы : 1-Прокол кожи, 2-Порез, 3-Укус, 4 - Попадание крови и др. биолог. жидк. на слизистую оболочку и поврежденную кожу, 5 - Другое	Постконтактная профилактика проведена в течение 72 часов: 1 – Да, 2 – Нет, 3 - Не помню	контактного: 1 - Положительный , 2 – Отрицательный, 3 - Н е обследован
4.95	4.96	4.97	4.98	4.99	4.100

СОҢҒЫ 12 АЙДА ҚР ШЕКАРАСЫНАН ТЫС ЖЕРЛЕРГЕ ШЫҒУЫ ВЫЕЗДЫ ЗА ПРЕДЕЛЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

4.101 Соңғы 12 айда Қазақстаннан тыс жерлерге сапарға шығуыңыздың болуы



1- Иә,



2- Жоқ

Наличие выездов за пределы Казахстана за последние 12 месяцев Да, Нет

Егер "Иә" болса, онда келесі кестеге ауысу керек: (кестенің бағаналары бойынша баспалық әріптермен жазу керек)

Если "да", то перейти к следующей таблице: (вписать печатными буквами в таблицу по столбцам)

Сапарға шығу күні (күні, айы, жылы)	Сапарының аяқталу күні (күні, айы, жылы)	Е л , к а л а : 1- Ресей, 2 - Беларусь, 3 - Украина, 4 - Молдова, 5 - Қытай, 6- Монғолия, 7- Әзербайжан, 8- Қырғызстан, 9-Тәжікстан, 10- Түрікменстан, 11 - Өзбекстан, 12 – Алыс шетел, 13 – Басқасы, 14 – Армения, 15 - - Грузия, 16 – Латвия	Сапарға шығу мақсаты: 1 – Оқу, 2 -жұмыс , 3 – Қызметтік іссапар, 4 - Тур. 5 - ТМЖ*, 6 – Жеке сапар
Дата начала выезда (число, месяц, год)	Дата окончания выезда (число, месяц, год)	С т р а н а , г о р о д : 1- Россия, 2 - Беларусь, 3- Украина, 4 - Молдова, 5 - Китай, 6- Монголия, 7- Азербайджан, 8- Кыргызстан, 9-Таджикистан, 10- Туркменистан, 11 - Узбекистан, 12 - Дальнее зарубежье, 13 – Другое, 14 – Армения, 15 - Грузия, 16 –. Латвия	Цель поездки: 1 – Учеба, 2 - Работа, 3 - Служебная командировка, 4 - Тур. поездка, 5 - ПМЖ, 6 - Частный визит
4.102	4.103	4.104	4.105

ИНФЕКЦИЯНЫҢ БОЛЖАМДЫ КӨЗІ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ

4.106 Болжамды инфекция көзінің болуы



4.121	Мекенжайы,	телефоны			
Адрес, телефон					
4.122	Байланысудың	аяқталу	күні		
Дата завершения контакта					

*4.114 Байланыста болу түрі/Вид контакта:

-
- 1 - Есірткіні тұтыну барысында/При употреблении наркотиков,
-
- 2- Жыныстық/Половой (Гетеросексуалды/гетеросексуальный),
-
- 3 – Жыныстық/Половой (Гомосексуалды/ гомосексуальный),
-
- 4 – Медициналық мекеме бойынша байланыс/Контакт по медицинскому учреждению,
-
- 5 – Вертикальды байланыс/Вертикальный контакт,
-
- 6 - Апатты жағдайдағы байланыс/Контакт при аварийной ситуации,
-
- 7 - Артифициалды беймедициналық/Артифициальный немедицинский.

**4.116 Байланыста болған адамның АИТВ–мәртебесі/ ВИЧ-статус контактного:

-
- 1 – Оң/Положительный,
-
- 2 – Теріс/Отрицательный,
-
- 3 - Тексерілмеген/Не обследован

***4.119 Тексерілмеу себебі\Причина не обследования:

-
- 1 – Қайтыс болған/Умер,
-
- 2 – ҚР-нан тыс кеткен/ Выехал за пределы РК,
-
- 3- Областан тыс кеткен/ Выбыл за пределы области,
-
- 4 – Іздестірілуде (тұрмайды, тізімде жоқ, мекенжайы белгісіз)/В розыске (не проживает , не значится, адрес неизвестен),
-
- 5– БТЖЖ * /БОМЖ,
-
- 6 - Бас тартқан /Отказ,
-

7 - ҚР тыс тұрады/Проживает за пределами РК,

8 - Медициналық көрсетілімі бойынша/По медицинским показаниям.

5. ҚОРЫТЫНДЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

5.1 ЖҰҒУДЫҢ БЫҚТИМАЛ ЖОЛЫ _____

_____(жазу)

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ (вписать)

5.2 Жазылғандардан белгілеу

1 – Жыныстық, гетеросексуальдық қатынас кезінде,

2 – Жыныстық, гомосексуальдық қатынас кезінде,

3 – Парентеральды, инъекциялық есірткіні тұтыну барысында,

4 – Парентеральды, артификалды (медициналық манипуляциялар),

5 – Парентеральды, артификалды (медициналық емес манипуляциялар),

6 – Парентеральды, байланыста болғаннан кейінгі (кәсіби міндеттерін орындау барысында апаттық жағдайлар),

7 – Парентеральды, трансфузиялық (қан және оның құрауыштары , органдар, тіндер, басқа биологиялық сұйықтықтар),

8 – Жүктілік (жүктілік, босану, емізу кезінде),

9 – Анықталмаған жол Отметить из перечисленного:

1 – Половой при гетеросексуальных контактах ,

2 – Половой при гомосексуальных контактах ,

3 – Парентеральный, при употреблении инъекционных наркотиков,

4 – Парентеральный, артификальный (медицинские манипуляции),

5 – Парентеральный, артификальный (не медицинские манипуляции),

6 – Парентеральный, пост контактный (аварийные ситуации при выполнении проф. обязанностей),

7 – Парентеральный, трансфузионный (кровь и ее компоненты, органы, ткани, др. биологические жидкости),

8 – Вертикальный (во время беременности, родов, при кормлении грудью),

9 – Неустановленный путь.

5.3 Толтырылған күні ___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Дата заполнения (күні, айы, жылы)/(число, месяц, год)

5.4 Эпидемиолог дәрігер толтырды _____

Заполнил врач эпидемиолог

5.5 Қолы _____

Подпись

5.6 Эпид. бөлім. меңг. тексерді _____

Проверил зав. эпид. отделом

5.7 Мәліметтерді оператор/дәрігер енгізді _____

Данные ввел оператор/врач

5.8 Енгізу күні ___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Дата ввода (күні, айы, жылы)/(число, месяц, год)

* Ескерту:

ТТЖ - тұрақты тұрғылықты жер;

ЕАО – еркінен айыру орындары;

ТМ- түзеу мекемесі;

ТИ-тергеу изоляторы;

ОАА-орталық аудандық аурухана;

СП - сенім пункті;

ДК - достық кабинеті;

ҮЕҰ - үкіметтік емес ұйым;

МДБМ - мектепке дейінгі білім беру мекемесі;

ОАОО-арнайы орта оқу орны;

ЖОО - жоғары оқу орны;

БТЖЖ - белгілі тұрғылықты жері жоқ;

ЖЖБИ - жыныстық жолмен берілетін инфекциялар.

АИТВ

инфекциясын жұқтыру
жағдайларын тергеп-тексеру
қағидаларына 2-қосымша

АИТВ инфекциясы жағдайларын электрондық бақылау ақпараттық жүйесіне жеке деректерді енгізуге пациенттің ақпараттандырылған келісімі

Мен, _____

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда))

азамат/ша _____, мына мекенжай

бойынша тұрамын: _____

Жеке басын куәландыратын құжат _____ сериясы _____ нөмірі _____, _____ 20__ ж.

_____ берілген, ЖСН _____

07.07.2020 жылғы ҚР Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексінің (бұдан әрі - Кодекс) 60-бабы 1-тармағының талаптарына сәйкес, мыналарды қамтитын: тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), жынысы, туған күні, тұратын мекенжайы, телефоны және медициналық көмекке қажеттілікке байланысты менің денсаулығымның жай-күйі туралы деректерді, оларды өндеуді медициналық қызметпен кәсіби айналысатын және дәрігерлік құпияны сақтауға міндетті адам жүзеге асырған жағдайда, менің дербес деректерімді енгізуге келісімімді растаймын _____ (бұдан әрі - Оператор),

(медициналық ұйымның атауы)

Маған медициналық қызмет көрсету барысында мен медициналық қызметкерлерге дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді қамтитын дербес деректерімді, Оператордың басқа да лауазымды тұлғаларына мені куәландыру мүддесінде ұсынамын.

Операторға менің дербес деректеріммен жинауды, жүйелеуді, жинақтауды, сақтауды, жаңартуды, иесіздендіруді, жоюды қоса алғанда, барлық әрекеттерді (операцияларды) жүзеге асыру құқығын беремін. Оператор менің дербес деректерімді оларды электрондық дерекқорға енгізу, есептік деректерді (құжаттарды) ұсынуды регламенттейтін құжаттарда көзделген тізімдерге (тізілімдерге) және есептік нысандарға енгізу арқылы өңдейді.

Менің дербес деректерімді өзге тұлғаларға беру немесе оларды өзге де жария ету тек менің жазбаша келісіміммен немесе Кодекстің 273-бабына сәйкес жүзеге асырылуы мүмкін.

Осы келісімді мен " _____ " 20____ жылы бердім және ол мерзімсіз әрекет етеді.

Қолы

Ескертпе: Осы ақпараттандырылған келісім пациенттің амбулаториялық картасында сақталуы тиіс. Мұндай келісім беруден бас тартатын пациенттерге Оператор пациент туралы ақпаратты жасырын түрде (дербес деректерсіз) енгізуге құқылы екенін түсіндіру қажет.

АИТВ
инфекциясын жұқтыру
жағдайларын тергеп-тексеру
қағидаларына 3-қосымша

Медициналық ұйым бойынша байланыста болған адамдардың тізімі

Т.А.Ә	ЖСН	Медициналық карта №	Үй мекенжайы	Телефон нөмірі	Емдеуге жатқызу және шығару күндері	Емдеуге жатқызу кезінде және одан кейін АИТВ инфекциясына тексеру нәтижесі	Эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша зерттеу нәтижесі	Талдаудың күні, нөмірі және нәтижесі	Ескертпе (тексерілмеудің себебі, басқа)