

КАРТА КЛИЕНТА

Название проекта: Укрепление поддерживающей среды и расширение масштабов профилактики, лечения и ухода для сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан, на 2015-2016 гг.

Донор: Программа развития ООН/ (ГФСТМ)

Часть I. Информированное согласие об участии в Программе социального сопровождения

Я, _____ разрешаю Общественной организации « _____ » обмениваться конфиденциальной информацией для своевременного предоставления услуг в рамках моего участия в Программе социального сопровождения.

Я проинформирован/а, что для соблюдения конфиденциальности мне будет присвоен специальный семизначный код на основе имен матери, отца, моего пола и года рождения.

Я проинформирован/а, что могу отказаться от участия в Программе социального сопровождения и заполнения этой карты.

Я осознаю, что срок действия Программы социального сопровождения истекает после исполнения мероприятий Сервисного плана социального сопровождения, либо в случае моего письменного заявления о выходе из данной Программы.

Я осознаю, что информация, касающаяся моего здоровья, защищена законами Республики Таджикистан. Она не может быть раскрыта без моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Я также осознаю, что в любой момент могу аннулировать свое согласие до тех пор, пока на его основе не были предприняты действия.

Настоящим заявлением я подтверждаю свое согласие с тем, что Программа по социальному сопровождению будет предоставлять мне необходимые услуги (как прямые, так и через взаимодействие с другими организациями или частными лицами; в настоящее время или в будущем) через своих сотрудников и волонтеров.

Я понимаю, что вся информация, которую я буду разглашать, будет храниться в записях и/или файлах Программы социального сопровождения. Вся информация, содержащаяся в этих записях или файлах, которая раскрывает мое имя или другие личные данные, будет доступна сотрудникам данной организации, предоставляющим мне поддержку, и не будет доступна другим лицам или организациям без моего уведомления или согласия. Я также понимаю, что все сотрудники, предоставляющие услуги социального сопровождения обязуются считать информацию, относящуюся к моему делу, строго конфиденциальной.

1. Подпись Клиента

При возникновении вопросов, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ, ТБ, вирусных гепатитов и наркозависимости Вы можете разместить свой вопрос на Медицинском информационном онлайн портале www.afew.tj

2. Дата подписания Соглашения	
3. ФИО и подпись сотрудника Организации	
4. Дата подписания	

Часть II. Информация о клиенте

5. Фамилия и имя клиента (печатными буквами)		6. Код клиента									

7. Дата приема в программу	ч	ч	м	м	г	г	г	г

8. Дополнительная информация о клиенте	ЛУИН (употребление инъекционных наркотиков)	СР (предоставление сексуальных услуг за вознаграждение)	ТБ-пациент (положительный статус в отношении ТБ)	БЗ (Опыт пребывания в местах лишения свободы)	МСМ
---	---	---	--	---	-----

9. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ КЛИЕНТА В МОМЕНТ ПРИЕМА В ПРОГРАММУ			
Диагноз установлен (отметить Да/Нет)	Дата диагностирования и учреждение	Назначенный курс лечения	Дата завершения лечения и результат
ВИЧ			
ВИЧ/ОИ			
ВИЧ/ТБ			
Гепатит (А,В,С)			
ИППП			
Зависимость от ПАВ			

При возникновении вопросов, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ, ТБ, вирусных гепатитов и наркозависимости Вы можете разместить свой вопрос на Медицинском информационном онлайн портале www.afew.tj

10. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ КЛИЕНТА В МОМЕНТ ПРИЕМА В ПРОГРАММУ			
Услуга (указать)	Имеется потребность в услуге (отметить X)	Нет потребности в услуге (отметить X)	Сроки (указать, на какой период требуется помощь)

11. Дата завершения программы	Ч	Ч	М	М	Г	Г	Г	Г

12. Причина завершения программы	Успешное завершение/ Переезд в другой регион/ Отказ от продолжения/Связь потеряна

13. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ КЛИЕНТА В МОМЕНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРОГРАММЫ			
Диагноз установлен (отметить Да/Нет)	Дата диагностирования и учреждение	Содержание курса лечения	Дата завершения лечения и результат
ВИЧ			
ВИЧ/ОИ			
ВИЧ/ТБ			
Гепатит (А,В,С)			
ИППП			
Зависимость от ПАВ			

14. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ КЛИЕНТА В МОМЕНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРОГРАММЫ		
Услуга (указать, если имеются)	Имеется потребность в услуге (отметить X)	Нет потребности в услуге (отметить X)

При возникновении вопросов, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ, ТБ, вирусных гепатитов и наркозависимости Вы можете разместить свой вопрос на Медицинском информационном онлайн портале www.afew.tj