

Карта социального сопровождения

Взят на сопровождение _____

Снят с сопровождение _____

Взят на сопровождение повторно _____

Снят с сопровождения повторно _____

Взят на сопровождение повторно _____

Снят с сопровождения повторно _____

Взят на сопровождение повторно _____

Снят с сопровождения повторно _____

КОД _____

Идентификационный код клиента

Пол (1 – мужской, 2 – женский)

2

Две первая буква полного имени матери

ВИ

Месяц рождения

0 4

Две первых буквы полного имени клиента

ИВ

Последние две цифры года рождения

8 0

Пример, 2ВИ04ИВ80

«__»____2021 г.

г._____

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на действия в отношении персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

(дата рождения), проживающий(ая) по адресу:

_____, в целях участия в программе социального сопровождения, направленного на обеспечение связи с организациями диагностики и медицинской помощи при ВИЧ-инфекции (далее Программы), принимаю добровольное и осознанное решение о предоставлении моих персональных данных БОО «Позитивное движение» (220121 г. Минск, ул. Матусевича 23-204) в лице его представителя _____ -

(фамилия, имя, отчество, должность)

и даю согласие на сбор, обработку и предоставление следующих персональных данных:
фамилия, имя, отчество;
данные о регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания;
данные о состоянии здоровья, включая наличие инфекционных заболеваний;
данные о результатах медицинских и иных обследований;
номера из эпидемиологического и клинического регистра по ВИЧ-инфекции данные о полученных услугах в рамках проекта «Укрепление национальной системы профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и туберкулезом в Республике Беларусь»;
иные данные, необходимые для реализации целей программы социального сопровождения.

Я выражаю согласие на передачу своих персональных данных третьим лицам, имеющим отношение к реализации Программы, при условии соблюдения ими конфиденциальности и принятия мер по неразглашению моих персональных данных.

Мне разъяснены: содержание указанных в настоящем согласии персональных данных и действий в отношении их, порядок предоставления персональных данных, права, возникающие в связи сдачей настоящего согласия, право и порядок отзыва согласия, последствия согласия на действия в отношении моих персональных данных и отказа от дачи такого согласия. Согласие предоставляю на срок моего участия в Программе.

(дата)

(подпись)

(инициалы, фамилия субъекта персональных данных)

ПАМЯТКА

клиента-участника программы социального сопровождения «Обеспечение связи с организациями диагностики и медицинской помощи при ВИЧ-инфекции»

При даче добровольного согласия на предоставление персональных данных Вы становитесь участником программы социального сопровождения, направленного на обеспечение связи с организациями диагностики и медицинской помощи при ВИЧ-инфекции (далее Программы), и имеете право:

1. В любое время отозвать согласие на сбор, распространение, предоставление своих персональных данных, для чего необходимо написать соответствующее заявление.
2. Знакомиться со своими персональными данными, составлять заявления об их изменении.
3. Знать, кому именно были переданы Ваши персональные данные сотрудником БОО «Позитивное движение».
4. Требовать прекращения действий со своими персональными данными, в том числе и ранее распространенными и их удаления при отсутствии законных оснований для таких действий, либо если такие действия не являются необходимыми для заявленных в согласии целей, либо истёк указанный в согласии срок.
5. Обжаловать действия лиц, связанные с получением Ваших персональных данных.
6. Осуществлять иные права, предусмотренные законодательством.

В случае Вашего несогласия на предоставление указанных в Уведомлении персональных данных представителю БОО «Позитивное движение» мы не имеем возможности обеспечить Ваше участие в программе.

«Содержание моих прав в связи с предоставлением персональных данных, а также последствия согласия на предоставление персональных данных и отказа от него мне понятны».

(дата)

(подпись)

(инициалы, фамилия, клиента)

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Пол _____

Дата рождения _____

Адрес места регистрации _____

Адрес места проживания _____

(если отличается от адреса места регистрации)

Контактный телефон _____

Дополнительная контактная информация (в случае, если клиент не выходит на связь) _____

СОЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Возраст _____
2. Образование _____
3. Наличие официального места работы в настоящее время (указать)

4. Специальность (основная и дополнительная)

5. Состоите ли вы в браке/гражданский брак?

Наличие стрессов и проблем (какие проблемы, стрессы возможно у Вас есть?)

- здоровье,
- доход, трудоустройство,
- наличие
- нарушение Закона, уголовное или административное правонарушение,
- развод, лишение родительских прав,
- выселение,
- деление имущества,
- увольнение.

Другое _____

Распросить, узнать жизненную ситуацию по следующим темам

1. Семейная ситуация/наличие поддерживающих связей
2. Жилищная ситуация
3. Занятость, доход
4. Наркопотребление/контроль, готовность к отказу
5. Приверженность лечению
6. Гражданский статус/наличие документов
7. Здоровье

Тиражирование и использование образца данных документов разрешается исключительно по разрешению владельцев сайта <https://pmplus.by/>*

8. Социальные навыки
Заполнить таблицу далее

ОБРАЗЕЦ

**II. Динамика клиента
по результатам интервью «Жизненная ситуация клиента»**

БАЛЛЫ Стабильный — 3 балла Уязвимый — 2 балла Кризисный — 1 балл Параметры		Первичная оценка	Вторая оценка	Комментарии
		Баллы	Баллы	
1	Семейная ситуация/наличие поддерживающих связей			
2	Жилищная ситуация			
3	Занятость, доход			
4	Наркопотребление/контроль, готовность к отказу			
5	Приверженность лечению			
6	Гражданский статус/наличие документов			
7	Здоровье			
8	Социальные навыки			
ИТОГО				

Дата первичной оценки _____

Дата повторной оценки _____

Если оценка не проведена, указать причину

Интервью «Жизненная ситуация»

Уровень	Семейная ситуация/наличие поддерживающих связей	Жилищная ситуация	Занятость, доход	Наркопотребление/контроль, готовность к отказу
Стабильный	Семья оказывает поддержку. Есть супруг (супруга). В целом отношения стабильны.	Стабильное место проживания. Нет риска выселения. Есть регистрация.	Легально работает более 12 месяцев. Нет долгов. Доход в месяц не менее прожиточного минимума.	Находится в ремиссии, но возможны срывы. Контролируемое употребление, без нарушений адаптации. Может контролировать прием таблеток, посещать врача. Планирует отказ от употребления (готов лечиться).
	1			
Уязвимый	Есть риск развода. Разлад и конфликты в семье. Семья сохраняет контакт, но «устала» помогать или не помогает.	Временное жилье. Возможно выселение. Проживает с родственниками (которые хотят жить отдельно).	Работает легально менее года. Есть долги, которые планирует выплатить. Доход в месяц выше прожиточного минимума.	Систематическое/периодическое употребление. Есть периоды сохранения контроля, но также периоды его потери и нарушения адаптации. Иногда длительное время (более недели) не может контролировать прием таблеток, посещать врача. Планы отказа от употребления не четкие.
Кризисный	В разводе. Лишен родительских прав. Плохой контакт с родительской семьей. Семья не стремится к взаимодействию.	Нет регистрации. Нет жилья (или скоро его лишится). Бездомный.	Не работает. Работает не легально. Есть долги, значительно превосходящие доход. Дохода нет или из не легальных источников.	Систематическое употребление. Периодов ремиссии практически нет. Проблемы с адаптацией. Не может контролировать лечение, регулярно посещать врача. Употребляет новые наркотики, под действием которых слабо себя контролирует.

¹ Поставить отметку «X» если описание подходит клиенту больше всего. Первая клеточка – первичная оценка, вторая клеточка – вторичная оценка.

Тиражирование и использование образца данных документов разрешается исключительно по разрешению владельцев сайта <https://pmplus.by/>*

Продолжение таблицы

	Приверженность лечению	Гражданский статус/наличие документов	Здоровье	Социальные навыки
Стабильный	Принимает лечение, не нарушает правила. Посещает больницу не реже 1 раза в 6 месяцев. Знает правила лечения.	Есть все необходимые для медицинского обслуживания документы (паспорт, регистрация, карточка в поликлиники). Состоит на диспансерном учете. Льготы и пособия оформлены.	Не имеет хронических заболеваний и серьезных проблем со здоровьем.	Видит проблемы, способен планировать шаги по их решению. Есть мотивация. Знает где получить помощь. Может соблюдать договоренности. Способен самостоятельно реализовывать план. Отвечает на звонки.
Уязвимый	Принимает лечение. Но может пропустить/отложить визит к врачу для сдачи анализов и получения таблеток. Знания о лечении «спутаны».	Есть все необходимые для медицинского обслуживания документы (паспорт, регистрация, карточка в поликлиники). Но возможны проблемы (срок действия, переезд, потеря). Состоит на диспансерном учете. Льготы и пособия не оформлены.	Есть хронические заболевания, но контролирует их. В прошлом были проблемы со здоровьем (в том числе гепатит, ТБ и др.), но прошел успешно лечение. Есть проблемы со здоровьем, которые необходимо решать в плановом порядке.	Видит не все проблемы. Способен планировать шаги по их решению. Есть мотивация, но не устойчивая. Путается в том где и как получить помощь. Может соблюдать договоренности, иногда нарушает их. Нуждается в поддержке при реализации плана. Иногда не отвечает на звонки. Нужны благоприятные условия для получения услуг.
Кризисный	Не принимает лечение. Принимает лечение с пропусками (хотя бы 3 раза в месяц). Посещал врача более 6 месяцев назад. Правила лечение не знает или грубо нарушает. Впервые выявлен.	Нет хотя бы одного необходимого для медицинского обслуживания документа (паспорт, регистрация, карточка в поликлиники). Не состоит на диспансерном учете.	Есть проблемы со здоровьем, которые нарушают функционирование (передвижение и другие функции). Никогда не обследован на гепатит С, не делал флюорографию. Или испытывает обострение хронических заболеваний. Плохое состояние вен, риск их повреждения.	Осознает только бытовые проблемы. Не знает, что нужно делать, где получить помощь. Договоренности нарушает. Не отвечает часто на звонки. Не пользуется направлениями. Страх обратиться за услугами. Быстро теряет мотивацию.

III. ЛЕЧЕНИЕ

Дата выявления _____

Состоит ли на эпидемиологическом учете (посещал врача-эпидемиолога) ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ

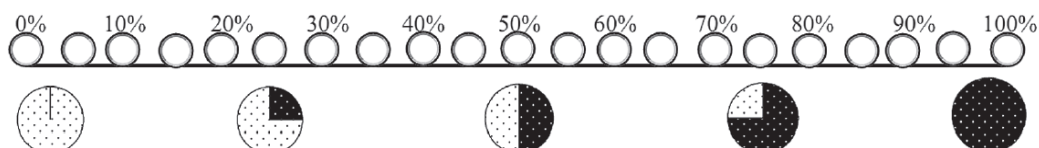
Состоит ли на клиническом учете (посещал врача инфекциониста) ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ

Принимаете ли Вы терапию в настоящий момент?	Принимаю		Не принимаю	
	Как Вы принимаете терапию (опишите).	Регулярно, нет пропусков	Пропускаю иногда, редко (1 раз в неделю)	Могу несколько дней в неделю не принимать
Принимали ли Вы терапию раньше (если клиент не принимает терапию).	Никогда не принимал		Прервана	
Почему Вы прервали терапию?				
Почему Вы не принимаете терапию сейчас? Если клиент не принимает терапию.	По собственному желанию (объяснить)			Не доступна

Визуальная шкала ПЕРВИЧНОЙ оценки приверженности, дата оценки:

_____/_____/_____(мм/дд/гггг)

В целом за последние 4 недели сколько раз Вы приняли все Ваши лекарства, как это предписано Вашем врачом? Поставьте «отметку» на линию снизу.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Знаете ли Ф.И.О. лечащего врача		
Контакты лечащего врача (адрес)?		
Как бы Вы оценили степень доверия к врачу от 1 до 5 баллов?		
Когда были последний раз у врача?		
Когда Вы в последний раз/собираетесь пойти для	последний раз	собираетесь пойти
- сдача анализов на CD4		
- сдача анализов на вирусную нагрузку		
- получение препаратов		
- другое		

Динамика состояние (CD4, ВН)

Знаете ли Вы результаты анализов, показывающих состояние здоровья?

Дата	Количество CD4	Вирусная нагрузка	Комментарии

Задачи, которые нужно решить в программе (ожидаемые результаты)

Те, которые заявляет клиент

1.	
2.	
3.	

Те, которые нужно достичь для эффективного лечения

4.	
5.	
6.	

Кейс-менеджер

Подпись

Клиент

Подпись

Номера услуг в перечне услуг: 1 – 10.

1.	Включение в программу социального сопровождения (наличие информированного согласия на работу с персональными данными).
2.	Прием клиента (сбор данных, заполнение документации, мониторинг выполнения плана, перенаправления, сбор информации для клиента, контакты с близким окружением, договоренности с врачами и другими партнерами).
3.	Составление и согласование плана с клиентом (планирование), корректировка плана.
4.	Выдача сертификата/других предметов для мотивации.
5.	Информирование и консультирование (информация о болезнях и лечении; о получении услуг; мотивирование и другие темы).
6.	Посещение клиента на дому, в учреждениях (доставка АРВТ, консультирование родственников и др., стационары больниц, места ограничения свободы, реабилитационные центры и др.)
7.	Совместное с клиентом посещение учреждений (больницы, ТЦСОН, центры гигиены и эпидемиологии, участие в комиссиях и др.).
8.	Оформление для клиента документов, справок запросов, составление писем, обращений, резюме.
9.	Мониторинг лечения после программы.
10.	Иные услуги

ЖУРНАЛ работы с клиентом

ГРАФИК

ДАТА	Номера услуг в перечне: 1 – 10.	Примечание

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН КЛИЕНТА

	Предполагаемая дата осуществления услуги	Название услуги (из перечня услуг с 11 – 37) ВНОСИТСЯ В базу данных по дате получения услуги	Организация, куда направлен для получения услуги	Дата получения услуги	Комментарии
	1.	2.	3.	4.	5.

ОБРАЗЕЦ

МЕРОПРИЯТИЯ, которые включены в план по ходу работы с клиентом

Дата получения услуги	Название услуги	Организация, куда направлен для получения услуги	Комментарии

МОНИТОРИНГ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРОГРАММЫ:

Запланированная дата контроля _____

Мониторинг проведен ДА НЕТ (почему) дата _____

Результат – терапию принимает ДА НЕТ

Источник данных: клиент специалист (*подчеркнуть*)

Визуальная шкала ПОВТОРНОЙ оценки приверженности, дата оценки:
_____/_____/_____ (мм/дд/гггг)

В целом за последние 4 недели сколько раз Вы приняли все Ваши лекарства, как это предписано Вашем врачом? Поставьте «отметку» на линию снизу.

