



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

11.05.2010

м. Київ

№ 388

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
" 9 " липня 2010 р.
за № 499/17794
Керівник реєструючого
органу _____

Про удосконалення
діагностики ВІЛ-інфекції

На виконання пункту 4 розділу II додатка до Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, затвердженої Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки», відповідно до статей 1, 16 Закону України «Про державну статистику» та статті 19 Закону України «Про інформацію» і з метою своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Перелік захворювань, симптомів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги (далі – Перелік), що додається.

1.2. Форму звітності № 3 - ВІЛ/СНІД (квартальна) „Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ - інфекцію” (далі – форма звітності № 3 - ВІЛ/СНІД), що додається.

Юр.упр.

1.3. Інструкцію щодо заповнення форми звітності № 3 - ВІЛ/СНІД (квартальна) „Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ - інфекцію” (далі – Інструкція), що додається.

2. Начальнику Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України Голубчикову М.В. розробити проект наказу «Про внесення змін до наказів МОЗ від 27.12.99 № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)» та від 26.07.99 № 184 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів» в частині включення до форм 025/о “Медична карта амбулаторного хворого” та № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого” Переліку, затвердженого цим наказом, як вкладного листка.

3. Визначити Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України відповідальним за організацію, збір та обробку інформації за формою звітності № 3 - ВІЛ/СНІД.

4. Визначити відповідальними за збір, узагальнення та подання інформації за формою звітності № 3 - ВІЛ/СНІД до Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України Кримський республіканський, обласні, Київський та Севастопольський міські центри з профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – центри СНІДу).

5. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити:

5.1. Проведення медичного огляду пацієнта на наявність ВІЛ-інфекції на засадах добровільного консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу.

5.2. Подання форми звітності № 3 - ВІЛ/СНІД закладами охорони здоров'я до центрів СНІДу щокварталу не пізніше 10 числа місяця, наступного за звітним кварталом.

5.3. Збір, узагальнення і подання форми звітності № 3 - ВІЛ/СНІД до Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України центрами СНІДу щокварталу не пізніше 20 числа місяця, наступного за звітним кварталом.

Юр.упр.

6. Голові Комітету з питань протидії ВІЛ - інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (Черенько С.О.) забезпечити подання в установленому порядку цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

7. Наказ набирає чинності з дня офіційного опублікування.

8. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Бідного В.Г.

Міністр



З.М. Митник

ПОГОДЖЕНО

Голова Державного комітету
статистики України



Юр.упр.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
11.05.2010 № 388

Міністерстві юстиції України
9 " липня 2010 р.
Зак. № 499/17794
Керівник реєстраційного
відділу


**Перелік захворювань, симптомів та синдромів,
при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного
консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в
закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів
надання медичної допомоги**

1. В анамнезі епізоди або постійна ризикована щодо інфікування ВІЛ поведінка (незахищені сексуальні контакти, перенесені ІПСШ, вживання наркотичних речовин, переливання крові або її компонентів).
2. Вірусний гепатит В та/або С.
3. Немотивована втрата ваги тіла (10% і більше від попередньої).
4. Немотивована персистуюча лихоманка тривалістю понад 1 місяць.
5. Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 місяць.
6. Кандидоз ротової порожнини (молочниця) (2 або більше епізодів протягом 6 місяців).
7. Біль за грудиною або утруднення при ковтанні їжі та рідини разом з кандидозом ротової порожнини (езофагіт).
8. Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу (тривалістю понад 1 місяць).
9. Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (два та більше епізодів протягом останніх шести місяців).

Юр.упр.

10. Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.).
11. Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року).
12. Оперізуючий герпес (лишай).
13. Безболісне збільшення (понад 1 см) лімфатичних вузлів більше ніж однієї зони (за винятком пахової) тривалістю понад 1 місяць.
14. Анемія нез'ясованого генезу (менше 80 г/л), нейтропенія (нижче $0,5 \times 10^9/\text{л}$) або хронічна (тривалістю понад 1 місяць) тромбоцитопенія (до $50 \times 10^9/\text{л}$).
15. Волосиста лейкоплакія язика.
16. Ангулярний хейліт.
17. Рецидивуючий афтозний стоматит (два та більше епізодів протягом останніх 6 місяців).
18. Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит.
19. Папульозний сверблячий дерматит.
20. Себорейний дерматит волосяної частини голови та обличчя, а також верхньої частини грудної клітки, під пахвами, в паху.
21. Грибкові ураження нігтів.
22. Хоріоретиніт.
23. Енцефаліт або менінгоенцефаліт (вогнищеве ураження головного мозку).
24. Нейропатія, кардіоміопатія, енцефалопатія нез'ясованої етіології.
25. Злоякісні новоутворення (анальний рак, рак шийки матки та ін.).

**Голова Комітету з питань протидії
ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим
соціально небезпечним хворобам**



Юр.упр.

С.О. Черенько

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
11.05.2010 № 388

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
" 9 " липня 2010 р.
за № 500/17795
Керівник реєструючого
органу _____

Інструкція
щодо заповнення форми звітності № 3 - ВІЛ/СНІД (квартальна)
„Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-
інфекцію”

I. Загальні положення

1.1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми звітності № 3 - ВІЛ/СНІД (квартальна) „Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію” (далі – форма № 3 - ВІЛ/СНІД).

1.2. Форму № 3 - ВІЛ/СНІД заповнюють центральні районні лікарні або центральні міські лікарні (поліклініки), інші лікувально-профілактичні заклади, інші установи або організації незалежно від підпорядкованості, що проводять консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (далі – заклади).

1.3. Форма № 3 - ВІЛ/СНІД складається та подається щокварталу за наростаючим підсумком.

II. Порядок заповнення звіту

2.1. Форму № 3 - ВІЛ/СНІД заповнюють відповідальні особи закладів, які проводять консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію.

2.2. Форма № 3 - ВІЛ/СНІД заповнюється на підставі форми первинної облікової документації № 503/о „Журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію” згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 за № 1404/11684 (далі – форма № 503/о).

2.3. В адресній частині чітко і без скорочень вказуються найменування та місцезнаходження закладу.

2.4. Форми № 3 - ВІЛ/СНІД подаються закладами за такими типами звітів:

Юр.упр.

тип 1 – звіт закладів, що проводять консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію, окрім центральних районних лікарень або центральних міських лікарень (поліклінік);

тип 1.1 – звіт центральних районних лікарень або центральних міських лікарень (поліклінік) без даних кабінетів акушера-гінеколога, структурних підрозділів та закладів акушерсько-гінекологічної служби, що їм підпорядковуються, та без даних кабінетів «Довіра», що є структурними підрозділами центральних районних лікарень або центральних міських лікарень (поліклінік);

тип 1.2 – звіт кабінетів акушера-гінеколога, структурних підрозділів та закладів акушерсько-гінекологічної служби, що підпорядковуються центральним районним лікарням або центральним міським лікарням (поліклінікам);

тип 1.3 – звіт кабінетів «Довіра», які є структурними підрозділами центральних районних лікарень або центральних міських лікарень (поліклінік);

тип 2 – зведений звіт в Автономній Республіці Крим, областях та м. Києві та Севастополі (далі – регіон);

тип 3 – зведений звіт в Україні;

тип 4 – зведений звіт закладів і структурних підрозділів акушерсько-гінекологічної служби, кабінетів акушера-гінеколога, які підпорядковуються центральним районним лікарням або центральним міським лікарням (поліклінікам);

тип 4.1 – зведений звіт акушерсько-гінекологічної служби (закладів і структурних підрозділів акушерсько-гінекологічної служби, кабінетів акушера-гінеколога) в Україні;

тип 5 – зведений звіт наркологічної служби (диспансерів та спеціалізованих закладів) регіону;

тип 5.1 – зведений звіт наркологічної служби України;

тип 6 – зведений звіт протитуберкульозної служби (диспансерів та спеціалізованих закладів) регіону;

тип 6.1 – зведений звіт протитуберкульозної служби України;

тип 7 – зведений звіт дерматовенерологічної служби (диспансерів та спеціалізованих закладів) регіону;

тип 7.1 – зведений звіт дерматовенерологічної служби України;

тип 8 – зведений звіт служби переливання крові (станції переливання крові) регіону;

тип 8.1 – зведений звіт служби переливання крові України;

тип 9 – зведений звіт кабінетів „Довіра” регіону;

тип 10 – зведений звіт Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ) регіону;

тип 10.1 – зведений звіт ЦСССДМ України;

тип 11 – зведений звіт інших установ та організацій регіону, назви яких вказати;

тип 11.1 – зведений звіт інших установ та організацій України;

Юр.упр.

тип 12 – зведений звіт служби СНІДу (кабінети, відділення, регіональні та міські у регіоні центри профілактики і боротьби зі СНІДом та кабінети «Довіра») регіону;

тип 12.1 – зведений звіт служби СНІДу України.

2.5. Заклади, крім центральних районних лікарень або центральних міських лікарень (поліклінік), надають центрам СНІДу форму № 3 - ВІЛ/СНІД за типом 1.

2.6. Центральні районні лікарні або центральні міські лікарні (поліклініки) надають центрам СНІДу окремо форми № 3 - ВІЛ/СНІД за типами 1.1, 1.2.

2.7. Центри СНІДу надають Українському центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ форму № 3 - ВІЛ/СНІД за типами 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

2.8. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ надає МОЗ форму № 3 - ВІЛ/СНІД за типами 3, 4.1, 5.1, 6.1, 7.1, 8.1, 10.1, 11.1, 12.1 та 13.1.

2.9. Форма № 3 - ВІЛ/СНІД надається закладами регіону до центрів СНІДу щокварталу до 10 числа місяця, наступного за звітним кварталом.

2.10. Форма № 3 - ВІЛ/СНІД надається центрами СНІДу до Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ до 20 числа місяця, наступного за звітним кварталом.

2.11. Форма № 3 - ВІЛ/СНІД надається Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ до Центру медичної статистики МОЗ до 1 лютого наступного за звітним року.

III. Заповнення „Звіту про проведення консультування у зв’язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію”

3.1. У рядку 1.0 вказується кількість індивідуальних передтестових консультувань – усього (для граф 1 – 12).

3.1.1. У рядку 1.1 зазначається кількість індивідуальних передтестових консультувань, які проведені серед осіб віком 0 – 14 років включно (для граф 1 – 5).

3.1.2. У рядку 1.2 вказується кількість індивідуальних передтестових консультувань, які проведені серед осіб віком 15 – 17 років включно (для граф 1 – 5).

3.1.3. У рядку 1.3 зазначається кількість індивідуальних передтестових консультувань, які проведені серед осіб віком 18 – 24 роки включно (для граф 1 – 5).

3.1.4. У рядку 1.4 вказується кількість індивідуальних передтестових консультувань, які проведені серед осіб віком 25 – 49 років включно (для граф 1 – 5).

3.1.5. У рядку 1.5 зазначається кількість індивідуальних передтестових консультувань, які проведені серед осіб віком 50 років і старших (для граф 1 – 5).

3.2. У рядку 2.0 вказується кількість передтестових групових інформувань у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію – всього (для графи 1).

3.3. У рядку 3.0 зазначається число осіб, які пройшли передтестові групові інформування – всього (для граф 1, 6 – 12).

3.4. У рядку 4.0 вказується кількість отриманих інформованих згод на проходження тестування на ВІЛ-інфекцію – всього (для граф 1 – 12).

3.5. У рядку 5.0 зазначається кількість післятестових консультувань – всього (для граф 1 – 12).

3.5.1. У рядку 5.1 вказується кількість післятестових консультувань, які проведені серед осіб віком 0 – 14 років включно (для граф 1 – 5).

3.5.2. У рядку 5.2 зазначається кількість післятестових консультувань, які проведені серед осіб віком 15 – 17 років включно (для граф 1 – 5).

3.5.3. У рядку 5.3 вказується кількість післятестових консультувань, які проведені серед осіб віком 18 – 24 роки включно (для граф 1 – 5).

3.5.4. У рядку 5.4 зазначається кількість післятестових консультувань, які проведені серед осіб віком 25 – 49 років включно (для граф 1 – 5).

3.5.5. У рядку 5.5 вказується кількість післятестових консультувань, які проведені серед осіб віком 50 років і старших (для граф 1 – 5).

3.6. Дані граф 2 – 5 рядків 1.0, 4.0, 5.0 (з відповідними розбивками за факторами ризикованої поведінки) заповнюються на підставі даних форми № 503/о, графи 14 „Примітки”.

3.6.1. Кожна особа, у тому числі та, яка має декілька факторів ризикованої поведінки, кодується лише за одним фактором ризикованої поведінки, а саме за тим, який є найбільш імовірним щодо інфікування ВІЛ. У випадку, якщо особа має декілька факторів ризикованої поведінки, кодування відбувається таким чином:

якщо особа має фактори ризикованої поведінки: 1) Н та С; 2) Н та Г; 3) Н та І; 4) Н, С та Г; 5) Н, С, Г та І, то вона кодується як Н;

якщо чоловік має фактори ризикованої поведінки: 1) Г та С; 2) Г та І; 3) Г, С та І, то він кодується як Г;

якщо особа має фактори ризикованої поведінки С та І, то вона кодується як С.

3.7. У графах 6 і 7 рядків 1.0, 3.0, 4.0 і 5.0 вказується показник з розбивкою за статтю: чоловіча та жіноча.

3.8. У графах 8 і 9 рядків 1.0, 3.0, 4.0 і 5.0 вказується показник з розбивкою за місцем проживання: мешканці міста і мешканці села. У разі якщо особа проживає в селищі міського типу, вона враховується як мешканець міста.

3.9. У графах 10 – 12 рядків 1.0, 3.0, 4.0 і 5.0 вказується показник з розбивкою за зверненням до закладу: самозвернення, направлення медичного працівника та направлення ГО, ЦСССДМ.

IV. Арифметичний контроль

4.1. Вертикальний:

значення рядка 1.0 дорівнює сумі рядків 1.1 – 1.5 (для граф 1 – 5);

значення рядка 5.0 дорівнює сумі рядків 5.1 – 5.5 (для граф 1 – 5);

4.2. Горизонтальний:

значення графи 1 дорівнює сумі граф 6 і 7 (для рядків 1.0, 3.0, 4.0 і 5.0);

значення графи 1 дорівнює сумі граф 8 і 9 (для рядків 1.0, 3.0, 4.0 і 5.0);

значення графи 1 дорівнює сумі граф 10, 11 і 12 (для рядків 1.0, 3.0, 4.0 і 5.0).

У кінці форми № 3 - ВІЛ/СНІД обов'язково мають бути вказані: цифровим способом дата заповнення; прізвище, ім'я, по батькові та контактний телефон особи, яка заповнила звіт.

**Голова Комітету з питань протидії
ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим
соціально небезпечним хворобам**



С.О. Черенько

Юр.упр.

Звітність

Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію

за січень - _____ 20__ року

Подають	Терміни подання
1. Центральні районні лікарні або центральні міські лікарні (поліклініки), інші лікувально-профілактичні заклади, інші установи або організації незалежно від підпорядкованості, що проводять консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію, - Кримському республіканському, обласним, Київському і Севастопольському міським центрам профілактики і боротьби зі СНІДом	10 січня, 10 квітня, 10 липня, 10 жовтня
2. Кримський республіканський, обласні, Київський і Севастопольський міські центри профілактики і боротьби зі СНІДом зведений звіт - Українському центру профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України	20 січня, 20 квітня, 20 липня, 20 жовтня
3. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України - Міністерству охорони здоров'я України	1 лютого

Форма № 3 - ВІЛ/СНІД
(квартальна)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
11.05.2010 № 388

за погодженням з Держкомстатом

Респондент

Найменування _____

Місцезнаходження _____

(опитовий індекс, область/ Автономна Республіка Крим, місто, район, населений пункт, вулиця, провулок, площа тощо)

№ будинку/корпусу, № квартири(офісу)

Тип звіту

_____ (номер типу звіту згідно з Інструкцією, якщо типи звіту 12, 12.1 - вказати назву типу закладів, організації)

Ор.упр.

Продовження форми № 3 - ВІЛ/СНІД (квартильна)

Назва показника	Номер рядка	Усього	З них з факторами ризикованої поведінки					Чоловіки	Жінки	Мешканці міста	Мешканці села	Звернення до закладу		
			Н	С	Г	І	само-звернення					направлення медпрацівника	направлення ГО, ЦСССДМ	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Кількість індивідуальних передтестових консультувань – усього	1.0													
у тому числі серед осіб віком:	1.1													
0-14 років включно	1.2													
15-17 років включно	1.3													
18-24 роки включно	1.4													
25-49 років включно	1.5													
50 років і старших														
Кількість передтестових групових інформувальних – усього	2.0													
Число осіб, які пройшли передтестові групові інформувальні, - усього	3.0													
Кількість отриманих інформованих згод на проходження тестування на ВІЛ-інфекцію – усього	4.0													
Кількість післятестових консультувань – усього	5.0													
у тому числі для осіб віком:	5.1													
0-14 років включно	5.2													
15-17 років включно	5.3													
18-24 роки включно	5.4													
25-49 років включно	5.5													
50 років і старших														

Н – ін'єкційне споживання наркотиків. С – численні незахищені гетеросексуальні контакти. Г – гомосексуальні контакти між чоловіками. І – інші фактори ризику. ГО – громадські організації. ЦСССДМ – Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Дата _____ 20 _____ (цифровим способом) _____ (місце підпису керівника (власника) та/або осіб, відповідальних за заповнення форми звіту)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Юр. упр.

телефон _____ факс _____ електронна пошта _____