

NAZWA PKD:				NUMER:		HASŁO:			
PŁEĆ: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		WIEK/ROK URODZENIA:		NARODOWOŚĆ:		DATA ROZMOWY:		POWIAT:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA: <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś				ODMOWA ODPOWIEDZI NA PYTANIA W FORMULARZU: <input type="checkbox"/>					
<b>TEST HIV W PRZESZŁOŚCI:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		ILE TESTÓW? (w całym życiu) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/> NIE WIEM      KIEDY OSTATNI?____/____      WYNIK: <input type="checkbox"/> NEGATYWNY <input type="checkbox"/> POZYTYWNY <input type="checkbox"/> WĄTPLIWY POWTÓRZENIE TESTU PO OKNIE SEROLOGICZNYM? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE      GDZIE? <input type="checkbox"/> PKD <input type="checkbox"/> PRYWATNE LAB. <input type="checkbox"/> KRWIODAWSTWO <input type="checkbox"/> SZPITAL, PRZYZODNIA NFZ <input type="checkbox"/> W DOMU <input type="checkbox"/> INNE							
<b>POWÓD WYKONANIA TESTU (dekl. przez klienta):</b>		<input type="checkbox"/> RYZYKOWNE KONTAKTY SEKSUALNE <input type="checkbox"/> IDU <input type="checkbox"/> KONTAKT Z KRWIĄ <input type="checkbox"/> CIĄŻA <input type="checkbox"/> CIĄŻA U PARTNERKI <input type="checkbox"/> CIEKAWOŚĆ <input type="checkbox"/> RUTYNOWE BADANIA <input type="checkbox"/> NAMOWA PARTNERA <input type="checkbox"/> OBJAWY OSŁABIONEJ ODPORNOŚCI <input type="checkbox"/> SKIEROWANIE PRZEZ LEKARZA <input type="checkbox"/> WYNIK + PARTNERA <input type="checkbox"/> INNE							
DATA OSTATNIEGO RYZYKOWNEGO KONTAKTU:			<input type="checkbox"/> 0-6 dni <input type="checkbox"/> 1-2 tyg. <input type="checkbox"/> 3-4 tyg. <input type="checkbox"/> 1-2 mies. <input type="checkbox"/> 3-12 mies. <input type="checkbox"/> >12 miesięcy <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/> ZALECA SIĘ POWTÓRZENIE BADANIA						
<b>PARTNERZY SEKSUALNI</b>		<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> BRAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
		<b>PARTNERZY SEKSUALNI (całe życie):</b> <input type="checkbox"/> HETERO <input type="checkbox"/> HOMO <input type="checkbox"/> BISEX <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> IDU <input type="checkbox"/> MAJĄCY WIELU PARTNERÓW SEKSUALNYCH <input type="checkbox"/> SEX WORKERS <input type="checkbox"/> OBCOKRAJOWCY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
		<b>LICZBA PARTNERÓW SEKSUALNYCH (całe życie):</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-50 <input type="checkbox"/> 51-100 <input type="checkbox"/> >101 <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
		<b>PARTNERZY SEKSUALNI STALI(ostatni rok):</b>		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
				<b>LICZBA:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
		<b>CZY WYKONYWAŁ/WYKONYWALI TEST W KIERUNKU HIV?</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy?____/____ wynik?_____ <input type="checkbox"/> TAK -TERAZ <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
		<b>PARTNERZY SEKSUALNI INNI(ostatni rok):</b>		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
<b>LICZBA:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-50 <input type="checkbox"/> >50 B <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
<b>CZY WYKONYWAŁ/WYKONYWALI TEST W KIERUNKU HIV?</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy?____/____ wynik?_____ <input type="checkbox"/> TAK -TERAZ <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
<b>ORIENTACJA SEKSUALNA:</b>		<input type="checkbox"/> HETEROSEKSUALNA <input type="checkbox"/> HOMOSEKSUALNA <input type="checkbox"/> BISEKSUALNA <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
<b>KONTAKTY SEKSUALNE (ostatni rok)</b>		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
		<input type="checkbox"/> WAGINALNE		STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
				USZKODZENIE PREZERWATYWY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
		<input type="checkbox"/> ANALNE PASYWNE		STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
				USZKODZENIE PREZERWATYWY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
		<input type="checkbox"/> ANALNE AKTYWNE		STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
				USZKODZENIE PREZERWATYWY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
		<input type="checkbox"/> ORALNE PASYWNE		STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
				USZKODZENIE PREZERWATYWY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
		<input type="checkbox"/> ORALNE AKTYWNE		STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI					
USZKODZENIE PREZERWATYWY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
<input type="checkbox"/> INNE		STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
		USZKODZENIE PREZERWATYWY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
<b>CZY KORZYSTAŁ PAN/I Z PREP?</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		JAK UZYSKAŁ PAN/I LEKI?		□Z PUBLICZNEJ PLACÓWKI □SAM SOBIE KUPIŁEM PRZEZ INTERNET □DOSTAŁEM OD ZNAJOMEGO/ZNAJOMEJ □PRZYWIOZŁEM Z ZAGRANICY		W JAKIM SCHEMACIE PRZYJMUJE PAN/I LEKI?		□CIĄGŁYM <input type="checkbox"/> DORAŻNYM	

INIEKCJE	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
	RODZAJ: <input type="checkbox"/> NARKOTYKI <input type="checkbox"/> INNE												
	KIEDY: <input type="checkbox"/> 0-6 dni <input type="checkbox"/> 1-2 tyg. <input type="checkbox"/> 3-4 tyg. <input type="checkbox"/> 1-2 mies. <input type="checkbox"/> 3-12 mies. <input type="checkbox"/> >12 miesięcy <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
	UŻYWANIE WSPÓLNYCH IGIEŁ I STRZYKAWEK? <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? ____/____ <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
	SEKS POD WPŁYWEM? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
NARKOTYKI (nie stosowane w iniekcjach)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
	JAKIE? <input type="checkbox"/> MARIHUANA/HASZYSZ <input type="checkbox"/> AMFETAMINA <input type="checkbox"/> KOKAINA <input type="checkbox"/> ECSTASY <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> METAMFETAMINA <input type="checkbox"/> MEFEDRON <input type="checkbox"/> DOPALACZE <input type="checkbox"/> LEKI BEZ WSKAZAŃ MEDYCZNYCH <input type="checkbox"/> GRZYBY												
	KIEDY: <input type="checkbox"/> 0-6 dni <input type="checkbox"/> 1-2 tyg. <input type="checkbox"/> 3-4 tyg. <input type="checkbox"/> 1-2 mies. <input type="checkbox"/> 3-12 mies. <input type="checkbox"/> >12 miesięcy <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
	JAK STOSOWANE? <input type="checkbox"/> PALONE <input type="checkbox"/> WCIAĞANE <input type="checkbox"/> WDYCHANE <input type="checkbox"/> WCIERANE <input type="checkbox"/> DOUSTNE												
	SEKS POD WPŁYWEM? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
UŻYWANIE WSPÓLNEGO SPRZĘTU? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? ____/____ <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI													
SEKS POD WPŁYWEM ALKOHOLU? (w stopniu zmieniającym świadomość i racjonalne podejmowanie decyzji)											<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI		
STI	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI												
	JAKIE? <input type="checkbox"/> KIŁA <input type="checkbox"/> RZEŻĄCZKA <input type="checkbox"/> CHŁAMYDIA <input type="checkbox"/> NIERZEŻĄCZKOWE ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ <input type="checkbox"/> OPRYSZCZKA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> INNE												
INNE CHOROBY (mogące mieć znaczenie przy diagnostyce):					<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? ____/____ <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI								
UWAGI (w tym także czynniki mogące zafałszować wynik):													
POWÓD WYKONANIA TESTU:		<input type="checkbox"/> KONTAKTY HETEROSEKSUALNE <input type="checkbox"/> KONTAKTY HOMOSEKSUALNE <input type="checkbox"/> KONTAKTY BISEKSUALNE <input type="checkbox"/> IDU+HETERO <input type="checkbox"/> IDU+HOMO <input type="checkbox"/> IDU+BISEKSUALNE <input type="checkbox"/> IDU <input type="checkbox"/> CIĄŻA <input type="checkbox"/> KREW											
		<input type="checkbox"/> KREW+KONTAKTYSEKSUALNE											
ZALECONO POWTÓRZENIE TESTU ZE WZGLĘDU NA OKNO SEROLOGICZNE					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE								
TEST NIE ZOSTAŁ WYKONANY <input type="checkbox"/>			POWÓD:										

SZYBKIE TEST PRZESIEWOWY	RODZAJ POBRANEGO MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> KREW PEŁNA <input type="checkbox"/> KREW Z PALCA <input type="checkbox"/> WYDZIELINA Z JAMY USTNEJ									
	WYNIK:	—	+/-	+	BRAK		DATA WYKONANIA BADANIA: ____-____-____			

TEST PRZESIEWOWY	WYNIK:	—	+	BRAK		DATA WYKONANIA BADANIA: ____-____-____				
------------------	--------	---	---	------	--	--	--	--	--	--

TEST POTWIERDZENIA	WYNIK:	—	+/-	+	INNE	UWAGI	BRAK		DATA WYKONANIA BADANIA: ____-____-____	
	NR BADANIA WB: _____									

ODBIÓR	KLIENT ROZKODOWAŁ SIĘ: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				DATA ODBIORU WYNIKU: ____-____-____						
<input type="checkbox"/> Klient został pouczony o obowiązku poinformowania partnera seksualnego (partnerów) o swoim zakażeniu oraz o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby i o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego (zgodnie z art. 26 ust. 1 i 2 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.08.234.1570)).											