

NAZWA PKD:					NUMER:		HASŁO:		
PŁEĆ: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> inna		ROK URODZENIA:	NARODOWOŚĆ: <input type="checkbox"/> polska <input type="checkbox"/> inna (+ rozwijane pole wyboru ze wszystkimi narodowościami)			DATA ROZMOWY:		POWIAT	WOJEWÓDZTWO (z rozwijaną listą wyboru)
MIEJSCE ZAMIESZKANIA: <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś			ODMOWA ODPOWIEDZI NA PYTANIA W FORMULARZU: <input type="checkbox"/> (Po zaznaczeniu tej opcji automatycznie otworzy się okno do wpisania przez doradcę przyczyny odmowy i powodów przyjścia klienta do PKD.)						
TEST HIV W PRZESZŁOŚCI: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		<div><div>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</div><div>KIEDY OSTATNI? (+ rozwijane polawyboru: < 3 m-cy/3-12 m-cy/>12 m-cy/nie pamiętam)</div><div>WYNIK: <input type="checkbox"/>NEGATYWNY <input type="checkbox"/>POZYTYWNY <input type="checkbox"/>WĄTPLIWY</div><div>POWTÓRZENIE TESTU PO OKNIE SEROLOGICZNYM? <input type="checkbox"/>TAK <input type="checkbox"/>NIE</div><div>GDZIE? <input type="checkbox"/>PKD <input type="checkbox"/>PRYWATNE LAB. <input type="checkbox"/>KRWIODAWSTWO <input type="checkbox"/>SZPITAL, PRZYCHODNIA NFZ <input type="checkbox"/>W DOMU <input type="checkbox"/>INNY KRAJ <input type="checkbox"/>INNE</div></div>							
POWÓD WYKONANIA TESTU (dekl. przez klienta)		<div><div><input type="checkbox"/>RYZYKOWNE KONTAKTY SEKSUALNE <input type="checkbox"/>IDU <input type="checkbox"/>KONTAKT Z KRWIĄ <input type="checkbox"/>CIAŻA <input type="checkbox"/>CIAŻA U PARTNERKI <input type="checkbox"/>CIEKAWOŚĆ <input type="checkbox"/>RUTYNOWE BADANIA <input type="checkbox"/>NAMOWA PARTNERA <input type="checkbox"/>SEX WORKERS</div><div><input type="checkbox"/>SKIEROWANIE PRZEZ LEKARZA <input type="checkbox"/>WYNIK + PARTNERA <input type="checkbox"/>POCZĄTEK NOWEGO ZWIĄZKU <input type="checkbox"/>USZKODZENIE PREZERWATYWY <input type="checkbox"/>OBJAWY OSŁABIONEJ ODPORNOŚCI <input type="checkbox"/>INNE</div></div>							
OSTATNIA POTENCJALNA EKSPOZYCJA NA HIV		<input type="checkbox"/> <2 tyg. <input type="checkbox"/> 2-6 tyg. <input type="checkbox"/> 6-12 tyg. <input type="checkbox"/> >12 tyg. <input type="checkbox"/> BRAK EKSPOZYCJI <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI							
PARTNERZY SEKSUALNI	<div><input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> INNA <input type="checkbox"/> BRAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</div>								
	PARTNERZY SEKSUALNI (całe życie): <input type="checkbox"/> HIV+ (POLE DO ROZWINIĘCIA: <u>LECZENIE</u> --> <input type="checkbox"/> TAK [<u>NIWYKRYWALNA WIREMIA</u> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.] <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.)								
	<div><input type="checkbox"/>IDU <input type="checkbox"/>SEX WORKERS <input type="checkbox"/>OBCOKRAJOWCY <input type="checkbox"/>ODMOWA ODPOWIEDZI</div>								
	LICZBA PARTNERÓW SEKSUALNYCH (całe życie): <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								
	STAŁY PARTNER SEKSUALNY (obecnie):	<div><div><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <u>(LICZBA:</u> <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 <input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.)</div><div><input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</div></div>							
PARTNERZY SEKSUALNI	STAŁY PARTNER SEKSUALNY (obecnie):	<div><div>CZY OSTATNI PARTNERZY WYKONYWAI TEST W KIERUNKU HIV: <input type="checkbox"/>NIE <input type="checkbox"/>TAK - WCZEŚNIEJ <input type="checkbox"/>TAK - TERAZ <input type="checkbox"/>NIE WSZYSCY <input type="checkbox"/>NIE WIEM</div><div>JĘŚLI TAK - JAKI WYNIK? (+ ROZWIJANE POLE WYBORU : dodatni/ujemny/wątpliwy/nie wiem/odmowa odp)</div><div>JĘŚLI DODATNI (POLE DO ROZWINIĘCIA : <u>LECZENIE</u>--><input type="checkbox"/> TAK [<u>NIWYKRYWALNA WIREMIA</u> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.] <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.)</div></div>							
		INNI PARTNERZY SEKSUALNI (ostatni rok):	<div><div><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <u>(LICZBA:</u> <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 <input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.)</div><div><input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</div></div>						
ORIENTACJA SEKSUALNA:		<div><input type="checkbox"/>HETEROSEKSUALNA <input type="checkbox"/>HOMOSEKSUALNA <input type="checkbox"/>BISEKSUALNA <input type="checkbox"/>ASEKSUALNA <input type="checkbox"/>INNA <input type="checkbox"/>ODMOWA ODPOWIEDZI</div>							
KONTAKTY SEKSUALNE (ostatni rok)	<div><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</div>								
	RODZAJ KONTAKTÓW - STOSOWANIE PREZERWATYW	<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						
		<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						
		<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						
		<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						
		<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						
		<input type="checkbox"/> INNE + POLE WPISU "JAKIE?"	STOSOWANIE PREZERWATYW: <input type="checkbox"/> ZAWSZE <input type="checkbox"/> CZASAMI <input type="checkbox"/> NIGDY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI						
CZY KORZYSTAŁ/A PAN/I Z PREP?	<div><input type="checkbox"/>NIE <input type="checkbox"/>TAK (+ pole wpisu "kiedy ostatnio?")</div>	JAK UZYSKAŁ/A PAN/I LEKI?	<div><input type="checkbox"/> Z PRYWATNEJ PLACÓWKI <input type="checkbox"/> Z PUBLICZNEJ PLACÓWKI <input type="checkbox"/> KUPIŁEM PRZEZ INTERNET <input type="checkbox"/> DOSTAŁEM OD ZNAJOMEGO <input type="checkbox"/> PRZYWIOZŁEM Z ZAGRANICY <input type="checkbox"/> INNA ODP.(+ miejsce na wpis)</div>	W JAKIM SCHEMACIE PRZYJMUJE PAN/I LEKI?	<div><input type="checkbox"/> CIĄGŁYM <input type="checkbox"/> DORAŻNYM</div>	CZY KORZYSTAŁ/A PAN/I Z PEP?	<div><input type="checkbox"/>NIE <input type="checkbox"/>TAK (+ pole wpisu "kiedy ostatnio?")</div>		

INIEKCJE niemedyczne	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (Jeśli tak - przekierowanie--> "Używanie wspólnych igieł i strzykawek") <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>UŻYWANIE WSPÓLNYCH IGIEŁ I STRZYKAWEK?</u> <input type="checkbox"/> TAK (Jeśli tak - przekierowanie --> "kiedy") <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>KIEDY:</u> <input type="checkbox"/> <2 tyg. <input type="checkbox"/> 2-6 tyg. <input type="checkbox"/> 6-12 tyg. <input type="checkbox"/> >12 tyg. <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>SEKS POD WPŁYWEM?</u> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE PAMIĘTAM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
SUBSTANCJE PSYCHOAKTYW NE nieiniekcyjne	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>JAKIE?</u> <input type="checkbox"/> MARIHUANA/HASZYSZ <input type="checkbox"/> AMFETAMINA <input type="checkbox"/> KOKAINA <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> ECSTASY <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> METAMFETAMINA <input type="checkbox"/> MEFEDRON/KATYNONY <input type="checkbox"/> GHB/GBL									
	<input type="checkbox"/> KETAMINA <input type="checkbox"/> LEKI BEZ WSKAZAŃ MEDYCZNYCH <input type="checkbox"/> GRZYBY HALUCYNOGENNE <input type="checkbox"/> STERYDY ANABOLICZNE <input type="checkbox"/> POPPERS <input type="checkbox"/> HEROINA <input type="checkbox"/> POLSKA HEROINA-KOMPOT <input type="checkbox"/> INNE									
	<u>KIEDY?:</u> <input type="checkbox"/> <2 tyg. <input type="checkbox"/> 2-6 tyg. <input type="checkbox"/> 6-12 tyg. <input type="checkbox"/> >12 tyg. <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>JAK STOSOWANE?</u> <input type="checkbox"/> PALONE <input type="checkbox"/> DONOSOWO <input type="checkbox"/> WDYCHANE <input type="checkbox"/> WCIERANE <input type="checkbox"/> DOUSTNIE <input type="checkbox"/> DOODBYTNICZO <input type="checkbox"/> DOPOCHWOWO									
	<u>SEKS POD WPŁYWEM?</u> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, pod wpływem czego? (rozwijana lista: <input type="checkbox"/> MARIHUANA/HASZYSZ <input type="checkbox"/> AMFETAMINA <input type="checkbox"/> KOKAINA <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> ECSTASY <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> METAMFETAMINA <input type="checkbox"/> HEROINA									
	<input type="checkbox"/> MEFEDRON/KATYNONY <input type="checkbox"/> GHB/GBL <input type="checkbox"/> KETAMINA <input type="checkbox"/> LEKI BEZ WSKAZAŃ MEDYCZNYCH <input type="checkbox"/> GRZYBY HALUCYNOGENNE <input type="checkbox"/> STERYDY ANABOLICZNE <input type="checkbox"/> POPPERS <input type="checkbox"/> POLSKA HEROINA-KOMPOT <input type="checkbox"/> INNE)									
<input type="checkbox"/> NIE PAMIĘTAM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI										
<u>UŻYWANIE WSPÓLNEGO SPRZĘTU (istotne dla ryzyka)?</u> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? (rozwijana lista: <input type="checkbox"/> <2 tyg. <input type="checkbox"/> 2-6 tyg. <input type="checkbox"/> 6-12 tyg. <input type="checkbox"/> >12 tyg.) <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"/> NIE PAMIĘTAM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
EKSPOZYCJA NA KREW	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (Jeśli tak, przekierowanie --> "kiedy") <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>KIEDY:</u> <input type="checkbox"/> <2 tyg. <input type="checkbox"/> 2-6 tyg. <input type="checkbox"/> 6-12 tyg. <input type="checkbox"/> >12 tyg. <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>RODZAJ EKSPOZYCJI:</u> <input type="checkbox"/> ZAWODOWA <input type="checkbox"/> POZAZAWODOWA									
STI s (ostatni rok)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI									
	<u>JAKIE?</u> <input type="checkbox"/> KIŁA <input type="checkbox"/> RZEŻĄCZKA <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> NIERZEŻĄCZKOWE ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ <input type="checkbox"/> OPRYSZCZKA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> INNE									
INNE CHOROBY w ostatnim roku (mogące mieć znaczenie przy diagnostyce):		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (<input type="checkbox"/> ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ <input type="checkbox"/> NOWOTWORY <input type="checkbox"/> NAWRACAJĄCY PÓŁPASIEC (2-3 RAZY/ROK)								
		<input type="checkbox"/> NAWRACAJĄCE BAKTERYJNE ZAPALENIA PŁUC <input type="checkbox"/> UTRZYMUJĄCA SIĘ GORĄCZKA, STANY PODG. POW. 37,5° <input type="checkbox"/> UTRATA MASY CIAŁA O NIEJASNEJ ETIOLOGII								
		<input type="checkbox"/> PRZEWLEKŁE BIEGUNKI <input type="checkbox"/> GRZYBICA SKÓRNA, UKŁADOWA <input type="checkbox"/> ŁOJOTOKOWE ZAPALENIE SKÓRY O DUŻYM NASILENIU, INNE ZMIANY SKÓRNE								
		<input type="checkbox"/> GRUŹLICA) <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/> INNE, JAKIE? (+ MIEJSCE NA WPIS)								
UWAGI (w tym także czynniki mogące zafałszować wynik):		<input type="checkbox"/> CIAŻA <input type="checkbox"/> LECZENIE PRZECIWWIRUSOWE, W TYM ARV (PEP I PREP) <input type="checkbox"/> 4-6 TYGODNI PO SZCZEPIENIU <input type="checkbox"/> OSTRĄ INFЕКCJA WIRUSOWA								
		<input type="checkbox"/> CHOROBA AUTOIMMUNOLOGICZNA, NP. HASHIMOTO <input type="checkbox"/> LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE I ONKOLOGICZNE (CHEMIOTERAPIA)								
		<input type="checkbox"/> W TRAKCIE RADIOTERAPII I DO 2-3 MIES. PO NIEJ <input type="checkbox"/> STAN ODURZENIA ŚRODKAMI PSYCHOAKTYWNYMI (NARKOTYKI/ALKOHOL)								
		<input type="checkbox"/> CHOROBY KRWI (ONKOLOGICZNE, GENETYCZNE, INFЕКCYJNE, NP. MALARIA) <input type="checkbox"/> INNE, JAKIE? (+ MIEJSCE NA WPIS)								
POWÓD WYKONANIA TESTU (w ocenie doradcy - możliwość wielokrotnego wyboru):		<input type="checkbox"/> KONTAKTY HETEROSEKSUALNE <input type="checkbox"/> SEKS MSM <input type="checkbox"/> SEKS WSW <input type="checkbox"/> KONTAKTY BISEKSUALNE <input type="checkbox"/> IDU <input type="checkbox"/> CIAŻA <input type="checkbox"/> CIAŻA U PARTNERKI <input type="checkbox"/> SEX WORKER <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> NAMOWA PARTNERA								
		<input type="checkbox"/> SKIEROWANIE PRZEZ LEKARZA <input type="checkbox"/> WYNIK + PARTNERA <input type="checkbox"/> USZKODZENIE PREZERWATYWY <input type="checkbox"/> POCZĄTEK NOWEGO ZWIĄZKU <input type="checkbox"/> OBJAWY OSŁABIONEJ ODPORNOŚCI <input type="checkbox"/> ŻYCZENIE KLIENTA (BRAK RYZYKA)								
		<input type="checkbox"/> INNE								
ZALECONO POWTÓRZENIE TESTU ZE WZGLĘDU NA OKNO SEROLOGICZNE		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE								
TEST NIE ZOSTAŁ WYKONANY <input type="checkbox"/>		POWÓD:								

SZYBKI TEST PRZESIEWOWY	RODZAJ POBRANEGO MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> KREW PEŁNA <input type="checkbox"/> KREW Z PALCA <input type="checkbox"/> WYDZIELINA Z JAMY USTNEJ								
	WYNIK:	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/> +/ <input type="checkbox"/> -)	(<input type="checkbox"/> +)	BRAK		DATA WYKONANIA BADANIA: ____-____-____ DATA ODBIORU WYNIKU: ____-____-____		
Proszę wpisać powód wydania wyniku dodatniego bez wykonania testu potwierdzenia:									
TEST PRZESIEWOWY	WYNIK:	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/> +)	BRAK		DATA WYKONANIA BADANIA: ____-____-____ DATA ODBIORU WYNIKU: ____-____-____			
Proszę wpisać powód wydania wyniku dodatniego bez wykonania testu potwierdzenia:									
TEST POTWIERDZENIA	WYNIK:	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/> +/ <input type="checkbox"/> -)	(<input type="checkbox"/> +)	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 lub partnerów seksualnych o swoim zakażeniu, o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych klienta, o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby [zgodnie z art. 26 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j. ze zm.)] oraz o odpowiedzialności karnej za narażenie innej osoby lub osób na zakażenie wirusem HIV [zgodnie z art. 161 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.)]. Obecnie, w myśl art. 161 § 1 kodeksu karnego, kto, wiedząc, że jest zakażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.									