دستور العمل مراکز مشاوره ای هپاتیت

فهرست:

[مقدمه 4](#_Toc400795771)

[هدف کلی : 4](#_Toc400795772)

[دامنه شمول خدمات مراکز مشاوره هپاتیت 4](#_Toc400795773)

[تعریف مرکز مشاوره هپاتیت 4](#_Toc400795774)

[شرایط استقرار مرکز مشاوره هپاتیت 5](#_Toc400795775)

[ساختار سازمانی 5](#_Toc400795776)

[پوشش جمعیتی 5](#_Toc400795777)

[نیروی انسانی 5](#_Toc400795778)

[سلسه مراتب و نظام مدیریتی 5](#_Toc400795779)

[نظام گزارشدهی 5](#_Toc400795780)

[خدمات پاسیو و اکتیو 6](#_Toc400795781)

[روش اجرایی ارائه خدمات مرکز مشاوره هپاتیت 7](#_Toc400795782)

[چرخه کاری فرایند ارایه خدمات در مرکز مشاوره هپاتیت 7](#_Toc400795783)

[ضمایم یک: 16](#_Toc400795784)

[فرمهای گردآوری داده های ارائه خدمات مراکز مشاوره هپاتیت 16](#_Toc400795785)

[فرم شماره 001 (مشخصات فردی و اطلاعات پایه ای مراجعین): 16](#_Toc400795786)

[تعیین کد شناسایی مراجعه کننده: 16](#_Toc400795787)

[تکمیل فرم شماره 001 (علت مراجعه): 18](#_Toc400795788)

[تکمیل فرم شماره 001 (نوع بیماری): 18](#_Toc400795789)

[فرم 002(ارزیابی خطر): 19](#_Toc400795790)

[چگونگی اداره یک مصاحبه (فرم 002): 19](#_Toc400795791)

[جزئیات بیشتر درباره انجام مصاحبه: 19](#_Toc400795792)

[ثبت اطلاعات در پرسشنامه: 21](#_Toc400795793)

[فرم 003 (اطلاعات آزمایشگاهی): 22](#_Toc400795794)

[فرم 004 (پیگیری افراد در تماس نزدیک و خانواده با فرد آلوده): 23](#_Toc400795795)

[فرم دفتر مراقبت بیماری (فرم005): 26](#_Toc400795796)

[فرم گزارش دهی ماهانه مرکز مشاوره هپاتیت (فرم006): 29](#_Toc400795797)

[ضمایم دو: 30](#_Toc400795798)

[نمونه فرم شماره 001 (مشخصات فردی و اطلاعات پایه ای مراجعین): 30](#_Toc400795799)

[نمونه فرم 002(ارزیابی خطر): 31](#_Toc400795800)

[نمونه فرم 003 (اطلاعات آزمایشگاهی): 36](#_Toc400795801)

[نمونه فرم 004 (پیگیری افراد در تماس نزدیک و خانواده با فرد آلوده): 37](#_Toc400795802)

[نمونه فرم دفتر مراقبت بیماری (فرم005): 38](#_Toc400795803)

[نمونه فرم گزارش دهی و دستورالعمل گزارش دهی ماهانه مرکز مشاوره هپاتیت: 40](#_Toc400795804)

# مقدمه

. هپاتیت B و C همانند دیگر بیماریهای مزمن در یک دوره طولانی بیماران را گرفتار ساخته و نیاز به مراقبت های بهداشتی درمانی پیوسته و زنجیره ای دارد. لذا ماهیت بیماری ایجاب می نماید که اغلب بیماران در یک دوره طولانی تحت مراقبت و درمان قرار گیرند. احتمال مواجهه عده زیادی از مردم با بیماری ، فقدان علایم اختصاصی تشخیص بالینی ، گرانی خدمات و آزمایشات تخصصی ، ناآگاهی مردم و مبتلایان نسبت به علایم و عوارض بیماری و شیوه های انتقال آن و فقدان رویه واحد و مراکز معین برای مراجعه و دریافت خدمات ، هپاتیت B و C را در ردیف یکی از معضلات بهداشتی درمانی اولویت دار در کشور نموده است. با توجه به استقرار مناسب نظام ارایه خدمات بهداشتی اولیه در کشور و تجربه موفق مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانهHIV/AIDS ، شرایط مناسبی برای توجه بیشتر به این دو بیماری در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور فراهم می باشد. لذا این دستورالعمل به منظور ارایه خدمات پاسیو و اکتیو هپاتیت B وC در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه تهیه گردیده است.

#  هدف کلی :

* افزایش میزان دسترسی گروههای در معرض خطر بیماری ، افراد دارای رفتارهای پرخطر و سایر گروههای هدف به خدمات آموزش، مشاوره ، تشخیص ، درمان ، مراقبت از بیماریهای هپاتیت B و C
* تقویت نظام غربالگری هپاتیت B وC و نظام گزارشدهی موارد مثبت
* شناسایی زود هنگام موارد ابتلا و پیشگیری از انتقال هپاتیت B و C به اطرفیان و موارد تماس نزدیک

# دامنه شمول خدمات مراکز مشاوره هپاتیت

1. **کلیه مراجعین داوطلب دریافت آموزش و مشاوره هپاتیت**
2. **گروههای در معرض خطر و دارای رفتارهای پرخطر**
3. **مبتلایان به هپاتیتB و C و خانواده آنها**
4. **افراد در معرض مواجهه شغلی**
5. **بیماران خاص و دریافت کنندگان خون و فراورده های خونی**

# تعریف مرکز مشاوره هپاتیت

مرکز مشاوره هپاتیت به واحدی اطلاق می گردد که در آن کلیه خدمات آموزش ، مشاوره ، ارجاع برای خدملات تشخیصی و درمانی ، پیگیری بیمار و اطرافیان ، ثبت و گزارشدهی موارد انجام می پذیرد.

# شرایط استقرار مرکز مشاوره هپاتیت

### ساختار سازمانی

محل استقرار مرکز مشاوره هپاتیت با حفظ استقلال مرکز مشاوره هپاتیت ترجیحا در یکی از مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (VCT) و یا در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهری خواهد بود.

### پوشش جمعیتی

مرکز مشاوره هپاتیت در مرکز استان و یا در شهر محل استقرار دانشگاه علوم پزشکی با حداقل جمعیت 200 هزار نفر ایجاد می گردد.

تبصره 1: در مواردیکه شیوع هپاتیت C در جامعه عمومی بیشتر از 1% باشد، استقرار مرکز مشاوره هپاتیت بلامانع می باشد.

تبصره 2: در مراکز دانشگاهی با جمعیت بیش از یک میلیون نفر، با نظر مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت ، استقرار حداکثر یک مرکز دیگر بلا مانع می باشد.

تبصره 3 : در تهران بازای هر دانشگاه علوم پزشکی استقرار یک مرکز مشاوره هپاتیت بلامانع می باشد.

تبصره 4: در شهرهای بالای یک میلیون نفر مرکز مشاوره هپاتیت می بایست با امکان دسترسی به یک آزمایشگاه تشخیصی با امکان انجام آزمایشات روتین و تخصصی هپاتیت باشد.

### نیروی انسانی

* مرکز مشاوره باید حداقل یک مشاور دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی بهداشت عمومی (مبارزه با بیماریها ، بهداشت خانواده ) و یا کارشناس پرستاری باشد.
* مرکز مشاوره باید زیر نظر پزشک عمومی محل استقرار (مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری، مرکز بهداشتی درمانی شهری) اداره شود.

### سلسه مراتب و نظام مدیریتی

مرکز مشاوره هپاتیت از نظر سلسله مراتب سازمانی از نظام ماتریسی تبعیت می نماید. بر این اساس از نظر فنی، زیر نظر مدیریت یا گروه بیماریهای دانشگاه علوم پزشکی بوده و از نظر اداری زیر نظر مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری محل استقرار فعالیت می نماید.

# نظام گزارشدهی

مشاور مرکز موظف است کلیه موارد ارایه خدمات اعم از آموزش ، مشاوره ، تشخیص ، ارجاع ، پیگیری را در فرمهای ضمیمه ثبت و برای کلیه موارد مثبت اعم از جدید یا قدیم بر اساس دستورالعمل حاضر پرونده تشکیل دهد. کلیه خدمات ارایه شده در مرکز به شرح فوق الذکر می بایست بر اساس فرمهای گزارشدهی پیوست در فواصل زمانی مورد نظر پس از تایید مسئول مرکز مربوطه به گروه مدیریت بیماریهای دانشگاه ارسال شود.

محدوده جغرافیایی ارایه خدمات

محدوده جغرافیایی ارایه خدمات مرکز بر اساس محدوده جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه می باشد. در صورتیکه در محدوده جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه بیش از یک مرکز مشاوره هپاتیت مستقر باشد نحوه تقسیم بندی محدوده جغرافیایی بر اساس تشخیص معاونت بهداشتی دانشگاه خواهد بود.

# خدمات پاسیو و اکتیو

* **پذیرش فرد مبتلا به هپاتیت ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی وتشخیصی غیر دانشگاهی و تشکیل پرونده اولیه**
* **پذیرش فرد مبتلا به هپاتیت ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی وتشخیصی دانشگاهی و تشکیل پرونده اولیه**
* **پذیرش فرد مشکوک به ابتلا به هپاتیت ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی وتشخیصی دانشگاهی / غیر دانشگاهی(همانند زندانها، VCT، DIC، بهزیستی، آزمایشگاه، بیمارستانها، مطبها، انتقال خون، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی) و انجام مشاوره و ارزیابی مبتنی بر عوامل خطر و ارجاع فرد برای دریافت خدمات تشخیصی**
* **پذیرش فرد مشکوک به ابتلا به هپاتیت خود ارجاع و انجام مشاوره و ارزیابی مبتنی بر عوامل خطر و ارجاع فرد برای دریافت خدمات تشخیصی**
* **مشاوره و آموزش دوره ای فرد مبتلا به هپاتیت دارای پرونده در مرکز**
* **مشاوره و آموزش خانواده و افراد در تماس نزدیک فرد مبتلا به هپاتیت**
* **پیگیری دوره ای خانواده و افراد در تماس نزدیک در تاریخ های مشخص شده بر اساس فرم های ضمیمه دستورالعمل**
* **ارایه مشاوره در موارد آسیب با سر سوزن به همکاران و مراجعین بر اساس پروتکل احتیاطات استاندارد**
* **پیگیری دوره ای کیفیت مراقبت و درمان فرد مبتلای شناسایی شده**
* **ارجاع فرد مبتلا به هپاتیت به پزشک عمومی جهت شروع دریافت خدمات درمانی در صورت نیاز و ثبت سوابق در پرونده بیمار**
* **همکاری و هماهنگی در زمینه برگزاری جلسات آموزشی و اطلاع رسانی در زمینه هپاتیت**
* **غربالگری فعالانه افراد در معرض خطر شناسایی شده توسط سایر مراکز همانند زندانها، VCT، DIC، بهزیستی و مراکز بهداشتی درمانی**
* **غربالگری فعالانه از خانواده و افراد در تماس نزدیک فرد مبتلا شناسایی شده**
* **پیگیری فعالانه و هماهنگی جهت واکسیناسیون دانشجویان و کارکنان بهداشتی درمانی و سایر حرف در معرض خطر**

# روش اجرایی ارائه خدمات مرکز مشاوره هپاتیت

### چرخه کاری فرایند ارایه خدمات در مرکز مشاوره هپاتیت

***مرحله اول:* پس از ورود مراجعه کننده به مرکز جهت دریافت خدمات از او در مورد وضعیت ابتلای قبلی وی در رابطه با بیماری هپاتیت B و C سوال کنید. در صورتیکه پاسخ وی منفی است(خیر) وارد مرحله دوم شوید. در صورتیکه وضعیت ابتلای قبلی بیمار مشخص باشد(مبتلا باشد) مستقیما" وارد مرحله ششم شوید.**

**تبصره 1:ملاک قطعی بودن تشخیص ابتلا به هپاتیت B و C برگه آزمایشگاه مهر شده با نتیجه مثبت و یا تایید بیماری توسط پزشک مربوطه یا پزشک مرکز خواهد بود.**

***مرحله دوم:* در این مرحله خطر ابتلا در فرد را بر اساس فرم های 001 و 002 ارزیابی کنید.**

***مرحله سوم:* چنانچه فرد بر اساس دستورالعمل در مرحله دوم پرخطر شناخته شود بایستی وی را جهت تایید انجام آزمایشات مربوط به تشخیص هپاتیت B و C به پزشک عمومی مرکز ارجاع دهید.**

**تبصره1: در صورتیکه فرد بر اساس دستورالعمل در مرحله دوم پرخطر شناخته نشود، آموزش های لازم در زمینه پیشگیری از ابتلا به بیماری هپاتیت B و C داده شده و پس از ثبت در دفتر مراجعین وی را مرخص نمایید.**

***مرحله چهارم:* پس از ارجاع فرد پرخطر به مرکز آزمایشگاهی پیگیری نتیجه آزمایش را بعمل آورید.**

***مرحله پنجم:* در صورتیکه نتیجه آزمایش مثبت گزارش شود وارد مرحله ششم شوید ولی اگر جواب آزمایش منفی گزارش شده باشد با دادن آموزش در رابطه با پیشگیری از رفتارهای پرخطر و همچنین دادن کارت ویزیت و مشخص کردن دوره 6 ماهه بعد جهت پیگیری مجدد، وی را جهت دریافت برخی خدمات دیگر توسط سایر مراکز به شرح زیر ارجاع نمایید:**

* **ارجاع به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری جهت بررسی وضعیتHIV**
* **ارجاع جهت انجام واکسیناسیون**
* **ارجاع به مراکزDIC جهت دریافت خدمات کاهش آسیب در صورت داشتن سابقه تزریق یا زنان آسیب پذیر خیابانی**

**تبصره 1: نتیجه آزمایش مثبت یا منفی معتبر بایستی بر اساس رویت برگه آزمایش مهر شده توسط آزمایشگاه باشد.**

**تبصره 2: چنانچه فرد در معرض خطردر بیش از یک دوره زمانی 6 ماهه نیز نتیجه آزمایش منفی داشته باشد، دوره های پیگیری بعدی سالانه خواهد بود.**

**تبصره 3: چنانچه فرد در گذشته سابقه واکسیناسیون ناقص هپاتیت B را داشته باشد(عدم تکمیل 3 دوره واکسن) بایستی مجددا جهت دریافت واکسن هپاتیت B ارجاع داده شود.**

**تبصره 4: برای تمامی موارد با نتیجه منفی یا مثبت آزمایش بایستی یک نسخه از برگه آزمایش آن کپی برداری شده و در بخش بایگانی نگهداری شود.**

**تمامی اقدامات مرحله پنجم بایستی در دفتر مراجعین و فرم های گزارش دهی خدمات ارائه شده در مرکز ثبت شود.**

***مرحله ششم:* در صورتیکه نتیجه آزمایش مثبت گزارش شود یا وضعیت ابتلا بیمار از قبل مشخص باشد(با تایید پزشک مربوطه یا پزشک مرکز) برای بیمار تشکیل پرونده داده و فرم 003 را بر اساس دستورالعمل برای وی تکمیل نمایید. سپس بیمار را جهت شروع مداخلات درمانی به پزشک عمومی مرکز ارجاع دهید. همچنین خانواده و افراد در تماس نزدیک بیمار را با رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات بیمار و اطلاع قبلی بیمار جهت انجام مشاوره، غربالگری، دریافت واکسن هپاتیتB و آموزش دعوت نموده و در فواصل منظم بر اساس دستورالعمل پیگیری نمایید. علاوه بر خدمات یاد شده بیمار را جهت دریافت برخی خدمات دیگر توسط سایر مراکز به شرح زیر ارجاع نمایید:**

* **مشاوره و آموزش در مورد بیماری هپاتیت B و C**
* **ارجاع به پزشک متخصص عفونی توسط پزشک مرکز با هماهنگی مرکز مشاوره هپاتیت**
* **تکمیل فرم 004 برای خانواده و افراد در تماس نزدیک**
* **تعیین وقت جهت پیگیری وضعیت بیمار در 6 ماه آینده با مشخص کردن زمان آن بر روی کارت ویزیت مرکز**
* **ارجاع به مراکزDIC جهت دریافت خدمات کاهش آسیب در صورت داشتن سابقه تزریق یا زنان آسیب پذیر خیابانی**
* **ارجاع به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری جهت بررسی وضعیتHIV**

**تمامی اقدامات مرحله ششم بایستی در دفتر مراجعین ثبت شود.**

**تبصره 1: موارد تشخیص داده شده خانواده و افراد در تماس نزدیک بعنوان مورد جدید تلقی شده و بایستی برای آن یک پرونده جدید بر اساس دستورالعمل تشکیل شود.**

**تبصره 2: کلیه موارد ارایه خدمات اعم از آموزش ، مشاوره ، تشخیص ، ارجاع ، پیگیری را در فرمهای ضمیمه ثبت و برای کلیه موارد مثبت اعم از جدید یا قدیم بر اساس دستورالعمل حاضر پرونده تشکیل دهد.**

**تبصره 3: کلیه خدمات ارایه شده در مرکز به شرح فوق الذکر می بایست بر اساس فرمهای گزارشدهی پیوست در فواصل زمانی مورد نظر پس از تایید مسئول مرکز مربوطه به گروه مدیریت بیماریهای دانشگاه ارسال شود.**

***مرحله هفتم:*در صورتیکه بیمار برای پیگیری های بعدی به مرکز مراجعه نموده باشد بایستی پرونده وی از بایگانی بازیابی شده و خدمات ارائه شده برای وی مجددا مرور شود. همچنین از وی در مورد خدمات مراقبتی و حمایتی ارائه شده سوال شده و نتایج آن در بخش توضیحات دفتر مراقبت بیماری گزارش شود. بیمار جهت بررسی های بیشتر به پزشک عمومی مرکز ارجاع شده و در صورت نیاز با هماهنگی مرکز به پزشک متخصص توسط پزشک مرکز ارجاع داده شود. تعیین وقت جهت پیگیری وضعیت بیمار در 6 ماه آینده با مشخص کردن زمان آن بر روی کارت ویزیت مرکز صورت گرفته و در نهایت تمامی اقدامات صورت گرفته در این مرحله در دفتر مراقبت بیماری(فرم 005) و همچنین فرمهای گزارشدهی خدمات مرکز ثبت شود.**

چرخه کاری فرآیند ارائه خدمات مرکز بصورت فلودیاگرام زیر می باشد:



شرح وظایف پزشک مرکز مشاوره هپاتیت

* **پيگيري و دعوت براي حضور در روز مراجعه به پزشك توسط کارشناس مرکز با استفاده از فرم پیگیری بیماران هر 6 ماه یکبار**
* **معاينه افراد بيمارارجاع شده**
* **ارجاع براي انجام آزمايشات کبدی در صورت نیاز (آزمایشگاه معین) از طریق مرکز مشاوره هپاتیت**
* **ارجاع برای انجام سونوگرافی کبد (مرکز تشخیصی معین) از طریق مرکز مشاوره هپاتیت**
* **تكميل فرم ارجاع براي انجام آزمايش(آزمایشگاه معین) از طریق مرکز مشاوره هپاتیت**
* **تكميل فرم ارجاع به مرکز مشاوره هپاتیت و تحويل يك نسخه از فرم به فرد بيمار جهت ارجاع به پزشک متخصص از طریق مرکز مشاوره هپاتیت بمنظور کنترل عوارض بیماری**
* **ثبت نتيجه مراقبت و دستورات لازم در فرم مراقبت بيماران مبتلا به بیماری هپاتیت B یا C و در فرم ارجاع به پزشك مركز بهداشتي درماني و عودت به بيمار (يا به خانه بهداشت)**
* **ثبت تاريخ مراجعه فعلی با خودکار و ثبت تاریخ مراجعه بعدی با مداد در فرم پيگيري بيماران**
* **آموزش در خصوص بيماري به بیمار و درصورت نیاز به خانواده وی**
* **ويزيت منظم بيمار3 ماه يك بار**

شرح وظایف مشاور مرکز مشاوره هپاتیت

* **پيگيري براي مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت با استفاده از فرم پیگیری و دفتر مراقبت بیماران مبتلا به هپاتیت B و C**
* **داشتن ارتباط و تعامل مناسب با مراکز گزارش دهنده موارد جدید مبتلا به هپاتیت B و C**
* **داشتن ارتباط و تعامل مناسب با مراکز آزمایشگاهی و تشخیصی معین**
* **داشتن ارتباط و تعامل مناسب با سازمان های دیگر(بیمه ها، صدا و سیما، شوراهای محلی، علمای مساجد)**
* **برگزاري كلاس هاي آموزشي برای پرسنل بهداشتی درمانی**
* **تهیه و تدوین مطالب آموزشی بصورت پوستر ،پمفلت،كتابچه،اسلايد،فيلم و در اختیار قراردادن آنها برای مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان و دندانپزشکان، بیمارستانها، صداو سیما و سایر سازمان های مرتبط**
* **پذيرش بيماران ارجاع شده و تشكيل پرونده**
* **مشاوره و آموزش به بيماران (آموزش فردي، گروهي)**
* **مشاوره و آموزش به خانواده بيماران**
* **برگزاري كلاسهاي آموزشي**
* **ثبت موارد جدید ابتلا در دفتر مراقبت بیماری و ارائه گزارش ماهانه به مرکز مدیریت و کنترل بیماریهای واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر اساس فرم گزارش هپاتیت**
* **پیگیری و ثبت نتایج مشاوره و مراقبت درمانی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C هر 6 ماه یکبار**
* **ويزيت منظم بر اساس نياز بيمار و خانواده وی**
* **گزارش نتایج غربالگری(اعم از موارد قدیم یا جدید تشخیص داده شده در مرکز)، پیگیری، مشاوره و مراقبت درمانی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C بر اساس فرمهای گزارشدهی پیوست در فواصل زمانی مورد نظر پس از تایید مسئول مرکز مربوطه به گروه مدیریت بیماریهای دانشگاه.**

ارتباط مرکز با سایر سطوح ارایه خدمات بهداشتی درمانی :

***مرکز بهداشتی درمانی روستایی:***

* **پذیرش موارد مشکوک به هپاتیت ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی و ارزیابی وضعیت خطر افراد ارجاع شده**
* **ارجاع موارد قطعی ابتلا به هپاتیت به مرکز مشاوره هپاتیت جهت اقدامات درمانی و سایر خدمات تخصصی**
* **پیگیری بیماران مبتلا به هپاتیت B و C جهت مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت بر اساس نیاز و اعلام مرکز مشاوره هپاتیت**
* **انجام مراقبت ها و معاینات دوره ای مبتلایان تحت پوشش مرکز بمنظور حصول اطمینان از کیفیت و نحوه دریافت مراقبت های لازم**
* **هماهنگی و نظارت بر برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح محدوده تحت پوشش**

***مرکز بهداشتی درمانی شهری:***

* **ارجاع موارد مشکوک به هپاتیتB و C جهت ارزیابی وضعیت خطر به مرکز مشاوره هپاتیت**
* **ارجاع موارد قطعی ابتلا به هپاتیت به مرکز مشاوره هپاتیت جهت اقدامات درمانی و سایر خدمات تخصصی**
* **پیگیری بیماران مبتلا به هپاتیت B و C جهت مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت بر اساس نیاز و اعلام مرکز مشاوره هپاتیت**
* **انجام مراقبت ها و معاینات دوره ای مبتلایان تحت پوشش مرکز بمنظور حصول اطمینان از کیفیت و نحوه دریافت مراقبت های لازم**
* **هماهنگی و نظارت بر برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح محدوده تحت پوشش**

***بیمارستانها:***

* **ارجاع موارد مشکوک به هپاتیتB و C جهت ارزیابی وضعیت خطر به مرکز مشاوره هپاتیت**
* **ارجاع موارد قطعی ابتلا به هپاتیت به مرکز مشاوره هپاتیت جهت اقدامات درمانی و سایر خدمات تخصصی**
* **پیگیری بیماران مبتلا به هپاتیت B و C جهت مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت بر اساس نیاز و اعلام مرکز مشاوره هپاتیت**
* **پیگیری خانواده بیماران مبتلا به هپاتیت B و C جهت مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت بر اساس نیاز و اطلاع قبلی بیمار و اعلام مرکز مشاوره هپاتیت**
* **هماهنگی جهت انجام غربالگری دوره ای بیماران خاص و خانواده های آنها(همودیالیز، تالاسمی، هموفیلی، بیماران با مشکلات کبدی) از نظر هپاتیت B و C توسط مرکز مشاوره هپاتیت**

***مراکز گذری و مراکز حمایت از زنان آسیب پذیر(DIC):***

* **ارجاع کلیه افراد تحت پوشش و سیاری مرکز برای انجام آزمایشات تشخیصی هپاتیت B و C**
* **ارجاع افراد شناسایی شده مبتلا به هپاتیت B و C به مرکز مشاوره هپاتیت**
* **آموزش و اطلاع رسانی به افراد تحت پوشش مرکز و جمعیت سیاری**
* **ارجاع کلیه موارد شناسایی شده در معرض خطر در مرکز مشاوره هپاتیت به مراکز کاهش آسیب گذری (DIC)جهت دریافت خدمات پیشگیرانه**
* **پیگیری بیماران مبتلا به هپاتیت B و C جهت مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت بر اساس نیاز و اعلام مرکز مشاوره هپاتیت**

***مراکز مشاوره رفتاری(VCT):***

* **انجام آزمایش هپاتیت B و C برای تمامی مراجعینی که ارزیابی اولیه عوامل خطر آنها از نظر HIV منفی یا مثبت باشد.**
* **ارجاع کلیه موارد مثبت شناسایی شده هپاتیتB و C به مرکز مشاوره هپاتیت جهت انجام اقدامات تکمیلی**
* **ارجاع کلیه موارد شناسایی شده در معرض خطر در مرکز مشاوره هپاتیت جهت انجام اقدامات تکمیلی به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری(VCT)**
* **ارائه خدمات دارویی و درمانی برای افراد HIV مثبت دارای عفونت میکس با هپاتیت B و C**
* **پیگیری بیماران مبتلا به هپاتیت B و C جهت مراجعه به مرکز مشاوره هپاتیت بر اساس نیاز و اعلام مرکز مشاوره هپاتیت**

***زندان و مراکز بازپروری:***

* **شناسایی و ارجاع کلیه زندانیان دارای عوامل خطر برای انجام آزمایشات تشخیصی هپاتیت**
* **آموزش و مشاوره به خانواده زندانیان جهت مراجعه داوطلبانه به مرکز مشاوره هپاتیت**
* **ارجاع موارد قطعی ابتلا به هپاتیت به مرکز مشاوره هپاتیت جهت اقدامات درمانی و سایر خدمات تخصصی پس از ترخیص**
* **پیگیری موارد ابتلا به هپاتیت B و C زندانها**
* **پیگیری مراقبت ها و معاینات دوره ای مبتلایان تحت پوشش مرکز بمنظور حصول اطمینان از کیفیت و نحوه دریافت مراقبت های لازم**
* **آموزش و اطلاع رسانی نحوه پیشگیری و کنترل هپاتیت به زندانیان**
* **هماهنگی جهت انجام غربالگری دوره ای از زندانیان و خانواده های آنها(همودیالیز، تالاسمی، هموفیلی، بیماران با مشکلات کبدی) از نظر هپاتیت B و C توسط مرکز مشاوره هپاتیت**

 ***آزمایشگاههای تشخیص طبی***

* **ارجاع موارد مثبت هپاتیت B و C به مرکز مشاوره هپاتیت**

***مراکز بهداشتی درمانی غیر دانشگاهی (مطب های خصوصی، درمانگاهها و کلینیک های عمومی):***

* **ارجاع افراد در معرض خطر هپاتیت B و C به مرکز مشاوره هپاتیت**
* **ارجاع افراد شناسایی شده مبتلا به هپاتیت B و C به مرکز مشاوره هپاتیت**

***سازمان انتقال خون***

* **آموزش و مشاوره کلیه داوطلبین اهدا خون که در مرحله خود حذفی دارای عوامل خطر هپاتیت تشخیص داده می شوند**
* **اطلاع رسانی به کلیه مراجعینی که دارای نتیجه آزمایش مثبت هپاتیت B و C می باشند بمنظور مراجعه داوطلبانه به مرکز مشاوره هپاتیت**

# ضمایم یک:

# فرمهای گردآوری داده های ارائه خدمات مراکز مشاوره هپاتیت

## فرم شماره 001 (مشخصات فردی و اطلاعات پایه ای مراجعین):

## تعیین کد شناسایی مراجعه کننده:

**این کد شامل 10 مربع است که بترتیب از سمت چپ ، دو مربع به کد استان، دو مربع به کد شهرستان، دو مربع به کد سال و چهار مربع به کد مراجعه کننده تعلق می گیرد. برای مثال فردی که بعنوان اولین مورد در شهرستان بم استان کرمان در سال 91 به مرکز مراجعه نموده است کد تخصیص یافته به وی طبق جدول زیر عبارت است از: 0001 0292 01 که در آن ارقام از سمت راست بترتیب 01 (کد استان کرمان)، 02 (کد شهرستان بم) ، 92 سال مراجعه و 0001 شماره اختصاص یافته به مراجعه کننده خواهد بود.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام مرکز استان** | **نام شهرستان** | **کد استان** | **کد شهرستان** |
| **کرمان** | **بم**  | **01** | **02** |
| **جیرفت** | **01** | **03** |
| **زنجان** | **زنجان** | **09** | **09** |

**فرم 001 شامل سه جدول اصلی است؛ اولین جدول مربوط به مشخصات دموگرافیک(سن، جنس، وضعیت تاهل و ...)، دومین جدول مربوط به علت مراجعه فرد به مرکز و سومین جدول مربوط به نوع بیماری است. در ابتدای مراجعه و پس از مشخص شدن وضعیت مراجعه کننده به عنوان یک فرد پرخطر بر اساس پروتکل کشوری هپاتیتB و C، فرم 001 برای وی بایستی تکمیل گردد.**

 **نوبت مراجعه: برای تکمیل این بخش می توان از دفتر پذیرش استفاده کرد. همچنین این قسمت را می توان با استفاده از اطلاعات خود فرد تکمیل نمود. چنانچه مراجعه کننده ای قبلا" در مرکز مشاوره هپاتیت دیگری( حتی در شهرستان دیگر) تحت مراقبت قرار گرفته باشد بعنوان مراجعه تکراری در نظر گرفته می شود.**

* **سن: در اینجا باید سال، ماه و روز تولد فرد بر اساس اطلاعات خود وی یا شناسنامه یا کارت ملی او تکمیل گردد(در صورت موجود بودن). در مواردی که پاسخگو ماه یا روز تولد خود را نمی داند حداقل سعی شود تا سال تولد تکمیل گردد.**
* **شغل: در این قسمت فقط نوع اشتغال که فرد در طی یکماه گذشته در آن فعالیت داشته ثبت شود.**
* **محل سکونت: بر اساس مدت زمان سکونت تکمیل گردد. برای مثال فردی که بیش از 6 ماه از سال را در شهر زندگی می کند بعنوان شهر نشین و فردی که بیش از 6 ماه از سال را در روستا سپری می کند بعنوان روستایی در نظر گرفته می شود. ضمنا" کسانی که بصورت مهاجر در طی فصل هایی از سال اقدام به کوچ می نمایند بعنوان عشایر در نظر گرفته می شوند.**
* **وضعیت سکونت: بر اساس داشتن مالکیت بر محل زندگی تکمیل گردد. چنانچه پاسخگو مالک یا مستاجر نباشد وضعیت سکونت می تواند گزینه هایی همانند خانه پدری یا سازمانی باشد که در قسمت سایر باید ذکر گردد.**
* **تعیین ملیت: بمنظور تعیین ملیت فرد در صورتیکه وی غیر ایرانی باشد بایستی نوع ملیت بر اساس محل تولد یا زندگی قبلی که بیشترین سالهای زندگی او به غیر از ایران در آنجا سپری شده است در بخش سایر آورده شود. برای مثال افغانستان، عراق، پاکستان و ...**
* **تعیین وضعیت تاهل: بمنظور تکمیل این بخش افرادی که طلاق نامه رسمی دریافت کرده باشند بعنوان مطلقه محسوب می شوند. همچنین کسانی که در حال حاضر بصورت مجردی زندگی می کنند و همسر خود را از دست داده اند بعنوان بیوه محسوب می گردند. چنانچه فردی در گذشته همسرش فوت کرده باشد و در حال حاضر بعنوان رسمی یا غیر رسمی همسر داشته باشد بعنوان متاهل در نظر گرفته شود. در نهایت ملاک تعیین وضعیت تاهل بر اساس خود اظهاری فرد می باشد.**
* **سابقه واکسیناسیون: در این بخش سابقه واکسیناسیون بر اساس دارا بودن کارت یا حافظه فرد تکمیل می گردد. چنانچه فردی سابقه انجام واکسیناسیون علیه هپاتیتB را چه بصورت حافظه و چه بصورت کارت اظهار کند بایستی تعداد دزهای دریافتی در بخش "نوبت دز دریافت شده" آورده شود.**
* **سطح تحصیلات: در این قسمت وضعیت تحصیلی فرد بر اساس خود اظهاری وی تکمیل می گردد. برای کسانی که:**
* **هیچگونه سواد خواندن و نوشتن نداشته باشند گزینه" بیسواد"،**
* **کلاس اول تا پنجم و یا نهضت سواد آموزی تا مقطع پنجم گزینه "ابتدایی"،**
* **کلاش ششم یا اول راهنمایی تا نهم یا سوم راهنمایی گزینه "راهنمایی"،**
* **کلاس دهم یا اول دبیرستان تا دوازدهم یا سوم دبیرستان و همچنین پیش دانشگاهی و دیپلم گزینه "دبیرستان"**
* **و تحصیلات در مقطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا گزینه "دانشگاهی" تکمیل گردد.**
* **نحوه آشنایی با مرکز: در این بخش درباره چگونگی آشنایی فرد با مرکز مشاوره سوال می شود. در صورتیکه پاسخگو توسط راهنمایی های سایر مراجعین به مرکز ارجاع شده باشد گزینه "معرفی توسط سایر مراجعین"، اگر از طریق اطلاع رسانی رسانه ها صورت گیرد گزینه "رسانه ها" و چنانچه توسط مراکز دیگری همچون مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری(VCT)، مرکز کاهش آسیب گذری(DIC) و یا سایر مراکز ارجاع داده شود گزینه" ارجاع از مراکز دیگر" انتخاب شود. لازم بذکر است که در موارد مربوط به رسانه ها و مراکز نوع آنها در بخش انتهایی "سایر ذکر شود" نوشته شود. برای مثال اگر آگاهی از طریق پوستر یا بنرهای نصب شده در سطح شهر باشد در این بخش ذکر گردد یا اگر فرد توسط مرکز کاهش آسیب گذری ارجاع شده باشد نام مرکز در بخش سایر آورده شود.**
* **وضعیت بیمه: چنانچه پاسخگو در حال حاضر تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته باشد گزینه "دارد" انتخاب شود و نوع آن نیز باید ذکر گردد. چنانچه پاشخگو در حال حاضر تحت پوشش بیمه تکمیلی نیز قرار گرفته باشد (بیمه ای که در آن فرد علاوه بر پوشش بیمه معمولی تحت پوشش خدمات خاص که بعنوان تکمیلی شناخته می شود) گزینه "دارد" در بخش بیمه تکمیلی انتخاب شود.**
* **نشانی: در این قسمت محل سکونت فعلی فرد و همینطور شماره تماس ثابت و موبایل که بتوان وی را پیگیری نمود بایستی ذکر شود. لازم بذکر است که چنانچه پاسخگو به هردلیل از دادن اطلاعات درست امتناع ورزد یا اگر این احتمال وجود داشته باشد که وی اطلاعات اشتباه دهد بایستی در مورد حفظ حریم خصوصی او اطمینان کامل ایجاد گردد. برای مثال باید به وی اطمینان داده شود که بدون خواست او هیچ گونه اطلاعاتی از وضعیت خطر یا بیماری به خانواده یا نزدیکان داده نخواهد شد. در مواردی که فرد آدرس دیگری را (از لحاظ داشتن امنیت) اظهار کند(منزل دوست یا یکی از نزدیکان) که در مواقع لزوم بتوان به راحتی وی را پیگیری نمود بایستی هر دو آدرس مذکور در این بخش تکمیل گردد اما آدرس قابل پیگیری با علامت ✰ مشخص گردد.**

## تکمیل فرم شماره 001 (علت مراجعه):

* **در این بخش علت مراجعه فرد بر اساس خود اظهاری وی یا برگه ارجاع از سایر مراکز، مطب پزشکان یا مراکز آزمایشگاهی تکمیل می گردد. این قسمت می تواند بیش از یک گزینه داشته باشد برای مثال چنانچه فرد بارداری که رابطه جنسی مشکوک یا خارج از چارچوب ازدواج داشته باشد و در عین حال تزریق مواد یا سابقه آن را داشته باشد هر سه گزینه "حاملگی"، "رابطه جنسی مشترک" و "سابقه اعتیاد تزریقی" باید انتخاب شود.**
* **در صورتیکه وضعیت ابتلا مادر در دوران قبل از زایمان یا در طی آن مشخص باشد نوزاد وی بعنوان نوزاد آلوده تلقی می گردد.**
* **در مواردی که فرد در طی بررسی های آزمایشگاهی ارجاع شده توسط پزشک در طی سه ماهه گذشته دچار افزایش آنزیم های کبدی شده باشد(ALT و AST) و برگه آزمایشگاهی وی رویت گردد، علت مراجعه"افزایش آنزیم های کبدی" انتخاب شود.**
* **در صورتیکه شاغلین بهداشتی درمانی بدلایل مختلف در معرض خطر انتقال بیماری در نتیجه اشتغال در اینگونه مراکز باشند بایستی گزینه شاغلین مراکز بهداشتی درمانی انتخاب گردد. در غیر اینصورت علت مراجعه بدون در نظر گرفتن شغل باید تکمیل شود. برای مثال اگر فردی شاغل در مرکز بهداشتی درمانی باشد اما وی از اعضای خانواده یک فرد شناخته شده مبتلا به هپاتیتB یا C باشد برای وی باید گزینه "خانواده فرد آلوده" انتخاب شود.**
* **در شرایطی که مراجعه کننده در گذشته براساس نتایج آزمایشگاهی یا خود اظهاری مبتلا به هپاتیتB و یاC باشد و وضعیت وی در حال حاضر از نظر بهبودی یا سایر موارد مشخص نباشد بعنوان" پپیگیری بعلت آلودگی قبلی" شناخته می شود.**
* **در مواردی که فرد دلیل مراجعه خود را دریافت خون و فرآورده های خونی همانند پک سل، پلاسما و ... اظهار نماید گزینه "تزریق خون و فرآورده های خونی" انتخاب می گردد.**
* **در شرایطی که فرد سابقه خالکوبی، تتو، حجامت، زندان، اعتیاد به مواد یا الکل، سقط(اعم از بهداشتی یا غیر بهداشتی) و یا شرایطی که وی را مستعد ابتلا به بیماری هپاتیتB و یاC می کند، داشته باشد و در حال حاضر علایمی از بیماری هپاتیتB و یاC در وی وجود نداشته باشد(زردی، تهوع، استفراغ، بی اشتهایی، درد مفاصل، تغییر در حس چشایی و بویایی، کوفتگی عضلانی، سردرد،تب خفیف، بیحالی) بعنوان "فرد بدون علامت با عوامل زمینه ساز" تلقی می گردد.**
* **در مواردی که فرد به هر دلیلی به غیر از موارد یاد شده (14 مورد قبلی) به مرکز مراجعه نموده باشد گزینه "سایر" انتخاب می شود و علت مراجعه باید در بخش سایر ذکر گردد. برای مثال اگر فردی بدلیل سابقه انجام اعمال جراحی سرپایی به مرکز مراجعه نماید این بخش برای وی تکمیل می گردد.**

## تکمیل فرم شماره 001 (نوع بیماری):

* **اگر مراجعه کننده دارای برگه آزمایش با نتیجه مثبت از لحاظ ابتلا به هر کدام از هپاتیت های ویروسی باشد که توسط آزمایشگاه گزارش شده است، در صورت تایید پزشک معین(عمومی یا متخصص) بعنوان بیمار تلقی می گردد.**
* **اگر بیماری فرد توسط پزشک تشخیص داده شده باشد و یا برگه ارجاع توسط پزشک تکمیل شده باشد که در آن وضعیت بیماری وی اعم از حاد، مزمن، ناقل فعال، ناقل غیر فعال و سیروز (بر اساس دستورالعمل بیماری هپاتیت )مشخص شده باشد کادرهای مربوط به هریک از آنها با علامت✰ مشخص گردد.**
* **اگر فردی همزمان مبتلا به بیش از یک نوع هپاتیت ویروسی باشد و برگه آزمایشگاهی مبنی بر ابتلا وی رویت شود، در صورت تایید پزشک معین(برای مثال هپاتیتB وC و یا هپاتیتB وD ) باید هر دو بیماری با علامت✰ مشخص گردد.**

##

## فرم 002(ارزیابی خطر):

## چگونگی اداره یک مصاحبه (فرم 002):

**مصاحبه گر و فرد مراجعه کننده با هم غریبه هستند، بنابراین برای شروع انجام مصاحبه باید با فرد پاسخگو ارتباط بر قرار کنید. توجه کنید اولین برداشت این فرد از شما تمایل او برای شرکت در این بررسی را تحت تاثیر قرار می دهد.**

**اولین کاری که در برخورد با پاسخگو باید انجام دهید این است که خودتان را معرفی کنید. باید هنگام معرفی خود رفتارتان کاملا" دوستانه باشد. ابتدا نامتان را بگویید و خاطر نشان کنید که این مرکز متعلق به دانشگاه علوم پزشکی می باشد. موضوع بررسی و اینکه پاسخگو باید چه کاری انجام دهد را بیان کنید. توصیه می شود از گفتگوهای طولانی که ارتباطی با موضوع مورد بررسی ندارد خودداری کنید. سوال هایتان را آهسته و واضح بپرسید و مطمئن شوید که پاسخگو سوال ها را درک می کند. بعد از طرح هر سوال صبر کنید و به پاسخگو فرصت فکر کردن بدهید. اگر پاسخگو با عجله پاسخ دهد و یا نتواند به افکار خود شکل دهد ممکن است سوال را با نمی دانم جواب دهد و یا پاسخ دقیق و روشن ندهد.**

## جزئیات بیشتر درباره انجام مصاحبه:

* **مطمئن شوید که هدف اصلی بررسی و سوالات را درک کرده اید. این مطلب به شما کمک می کند تا تشخیص دهید که پاسخ هایی که دریافت می کنید کافی هستند یا خیر.**
* **زمان مصاحبه گری را در نظر داشته باشید و برای مدت زمان طولانی صحبت نکنید و نیز در طول مصاحبه عجله به خرج ندهید.**
* **سوالات را دقیقا" همانطور که نوشته شده است بپرسید. حتی تغییرات کوچک در جمله بندی می تواند مفهوم سوال را تغییر دهد.**
* **سوالات را دقیقا" به همان ترتیبی که در پرسشنامه آمده است بپرسید. ترتیب سوالات را تغییر ندهید.**
* **همه سوالات را بپرسید حتی اگر پاسخگو جواب دو سوال را در یکبار به شما بدهد. شما می توانید توضیح دهید که بایستی هر سوال را به طور جداگانه بپرسید و یا بگویید " فقط برای اینکه مطمئن شوم" و یا " فقط برای یادآوری مجدد" و سپس سوال را مجددا بپرسید.**
* **کمک کنید تا پاسخگو احساس راحتی کند ولی مطمئن شوید که پاسخ سوالات را پیشنهاد نمی کنید. برای مثال به زن خیابانی آسیب پذیر کمک نکنید تا روش های مختلف پیشگیری از ابتلا به هپاتیت از راه جنسی را به یاد آورد.**
* **هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید مگر اینکه در پرسشنامه برای صرف نظر کردن از آن دستورالعملی داشته باشید. کامل کردن سوال هایی که پاسخ آنها خالی گذاشته می شود بعدا" دشوار خواهد بود. ممکن است بعدا" فکر کنید که این سوال را فراموش کرده اید. فقط برای پرسشهایی که پاسخ آنها با نمی دانم داده شده است و مطمئن هستید که برای این سوال پاسخی از پاسخگو نخواهید گرفت می توانید گزینه «نمی داند» را را انتخاب کنید. اگر در سوالی پاسخگو هیچ یک از گزینه های موجود را انتخاب نکرد مثلا اگر در سوالی گزینه «نمی داند» وجود نداشت و فرد نتوانست از بین گزینه های موجود یکی را انتخاب نماید در چنین مواردی این مطلب را در پرسشنامه علامت زده و در دفتر مراقبت بیماری(بخش توضیحات) با یک یادداشت مشخص کنید.**
* **جواب ها را بلافاصله هنگامی که پاسخگو به شما پاسخ می دهد ثبت کنید. هیچ وقت به یادداشت کردن پاسخ ها در دفترچه یادداشت برای بازنویسی بعدی آنها اعتماد نکنید.**
* **پیش از ترک جلسه مصاحبه همه پرسشنامه ها و فرم ها را مجددا بررسی کنید و مطمئن شوید که تمامی پرسشنامه ها درست تکمیل شده است.**
* **از پاسخگو به خاطر همکاری و وقتی که برای مصاحبه در اختیار شما قرار داده است تشکر کنید.**
* **راه را برای انجام مصاحبه و مشاوره بعدی باز بگذارید، مثلا" بگویید " اگر سوالی داشته باشید امکان مراجعه مجدد برای شما وجود دارد".**
* **به جز زمان لازم برای مصاحبه و مشاوره از نگه داشتن بی مورد فرد در مرکز خودداری کنید، حتی اگر پاسخگو بسیار صمیمی و خوش برخورد باشد.**

***رعایت نکات زیر شما را در چگونگی اداره یک مصاحبه راهنمایی می کند:***

* **تاثیر خوب در ابتدای مصاحبه:**

**اولین احساسی که در پاسخگو بوجود می آورید ناشی از ظاهر شماست. طرز لباس پوشیدن شما می تواند روی موفقیت و یا عدم موفقیت شما در انجام فرایند مصاحبه و مشاوره تاثیر بگذارد. بنابراین آراسته و ساده لباس بپوشید.**

 **ایجاد احساس آرامش در اولین ارتباط با پاسخگو اهمیت زیادی دارد. با انتخاب عبارات مناسب می توانید ذهن پاسخگو را آماده کنید. مصاحبه را با کسب اجازه از پاسخگو آغاز کنید. در ابتدا علت مراجعه فرد به مرکز را سوال کنید. در صورتیکه فرد طبق پروتکل کشوری هپاتیت B و C فرد پرخطر شناخته شود فرم 001 و فرم 002 را بر اساس فرایند مرکز مشاوره هپاتیت برای وی تکمیل نمایید و در غیر اینصورت آموزش های لازم را در مورد هپاتیت B و C به او داده و از او به خاطر همکاری تشکر نمایید.**

**در صورتیکه لازم باشد به پاسخگو بگویید که این بررسی به برنامه ریزی کشور برای توسعه سلامت افراد جامعه کمک خواهد کرد.**

* **با پاسخگو ارتباط برقرار کنید:**

**برای متقاعد کردن پاسخگوی بی میل به شرکت در مصاحبه آماده شوید. اگر پاسخگو از مصاحبه کردن امتناع کرد دلایل آن را در صورت امکان در پرسشنامه ذکر کنید. به خاطر داشته باشید که در تمام مدت آرامش خود را حفظ کرده و مودب باشید. چنانچه در زمان مراجعه فرد پاسخگو به دلیل گرفتاری نتواند در مصاحبه شرکت کند زمان مصاحبه را به درخواست او تغییر دهید.**

* **همیشه برخورد مثبت داشته باشید:**

**هرگز رفتار عذر خواهانه نداشته باشید و از عباراتی مثل " آیا شما خیلی گرفتار هستید؟" استفاده نکنید. چنین سوالاتی شخص را کاملا" به سمت امتناع از پاسخگویی هدایت می کند. قبل از شروع کار بهتر است به پاسخگو بگویید: "می خواهم چند سوال از شما بپرسم".**

* **تاکید کنید که تمام اطلاعات جمع آوری شده محرمانه باقی خواهد ماند:**

**تاکید کنید که تمام اطلاعات جمع آوری شده محرمانه باقی خواهد ماند. در توضیح منظورتان از کلمه "محرمانه" بگویید که " برای هیچ هدف خاصی از پاسخگو نامی برده نمی شود و تمامی اطلاعات جمع آوری شده همه مصاحبه شده ها در با اتخاذ کد اختصاصی هر کدام از آنها بصورت کلی گزارش خواهد شد. " هرگز در حضور پاسخگو از سایر مصاحبه شوندگان نام نبرید و یا پرسشنامه را برای دیگر همکاران یا ناظر نخوانید. این موضوع خود به خود اعتماد پاسخگو به شما را از بین می برد.**

* **پاسخ های کافی و درست را پرس و جو کنید:**

**مصاحبه گر باید پاسخ ها را همانگونه که در پرسشنامه ذکر شده بیان کند. اگر مصاحبه گر تشخیص دهد که پاسخی با دیگر پاسخ ها هم خوانی ندارد باید با پرسیدن سوالات غیر مستقیم یا سوالات اضافی مطلب را روشن نماید. سوالات باید به گونه ای مطرح شوند که پاسخگو را به مسیر خاصی هدایت نکند. مطمئن شوید که معنی سوالات اصلی تغییر نکرده است. صبر کنید و به پاسخگو فرصت دهید تا موارد سخت را به یاد آورد، مثلا به یاد آوردن سابقه سقط، خالکوبی، دریافت خون و فراورده های خونی و مواردی از این قبیل ممکن است زمانبر باشد. از پرسشنامه همانند ابزاری برای هم صحبتی با پاسخگو استفاده کنید. سعی کنید پاسخ سوالات را بفهمید و به خاطر بسپارید و اگر متوجه ناهمخوانی در پاسخ های او شدید سوال خود را دوباره تکرار کنید. ممکن است شما پاسخ ها را اشتباه تعبیر کرده باشید.**

* **به سوالات پاسخگو پاسخ دهید:**

**ممکن است پاسخگو قبل از موافقت به پاسخ دادن به سوالات از شما بپرسد که آیا این بررسی برای خود او فایده ای دارد یا خیر. با رضایت و مستقیما" به سوال او پاسخ دهید. ممکن است پاسخگو درباره مدت زمان مصاحبه اظهار نگرانی کند. با او صادق باشید و بگویید که زمان مصاحبه دقیقا" چقدر طول خواهد کشید.**

* **با پاسخگو به تنهایی مصاحبه کنید:**

**حضور شخص سوم در هنگام مصاحبه مانع دست یابی شما به پاسخ های درست و صادقانه می شود. پس بسیار مهم است که با پاسخگو به صورت خصوصی مصاحبه کرده و تمام سوالات فقط توسط خود شخص پاسخ داده شود. این نکته به خصوص در مورد پرسشنامه از زنان که شامل برخی موضوعات خصوصی و یا شخصی می شود حائز اهمیت است. در مواردی که شخص سومی حضور دارد به پاسخگو توضیح دهید که برخی از سوالات شخصی و خصوصی زمانی که او تنهاست مطرح خواهد شد.**

* **به مصاحبه شوندگان دودل و مردد کمک کنید:**

**در برخی شرایط ممکن است پاسخگو به راحتی جمله "نمی دانم" را به زبان بیاورد، یک پاسخ غیر مرتبط بدهد، طوری رفتار کند که گویی خسته شده و یا پاسخ های متناقض بدهد. در این موارد سعی کنید به بهترین نحو او را به پاسخگویی علاقمند کنید. زمانی را با او راجع به موضوعات غیر مرتبط بحث کنید (مثلا راجع به شهر یا روستای او، آب و هوا و یا فعالیت های روزانه او صحبت کنید)**

## ثبت اطلاعات در پرسشنامه:

* **برای تکمیل پرسشنامه و فرم ها از خودکار آبی استفاده نمایید.**
* **با خط خوانا بنویسید.**
* **اطلاعات مربوط به جداول را بین دو خط بنویسید.**
* **توضیحات مربوط به «سایر» را به صورت کامل بنویسید.**
* **اعداد مربوط به کدها را بسیار دقیق و کاملا" کتابی در درون جعبه مشخص شده در جلوی هر سوال بنویسید و از نوشتن آنها بصورت شکسته یا خلاصه خودداری کنید.**
* **ذکر نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده بهمراه امضا و تاریخ در قسمت توضیحات تمامی فرم ها (در انتهای فرم) الزامی می باشد.**

##

## فرم 003 (اطلاعات آزمایشگاهی):

**در این فرم پس از تکمیل کد شناسایی و نام و نام خانوادگی مراجعه کننده، نام مرکز ارجاع دهنده وی (برای مثال مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری یا مرکز کاهش آسیب گذری) و تاریخ آخرین مشاوره در محل آن مرکز بر اساس پرسش شفاهی و یا برگه ارجاع تکمیل گردد. همچنین تاریخ آخرین مشاوره در مرکز مشاوره هپاتیت بایستی درج گردد.**

* **نوع بررسی: در این بخش دو گزینه برای انتخاب وجود دارد. چنانچه فردی برای اولین بار به مرکز مراجعه نموده باشد و در فرم 001 و ارزیابی خطر (فرم 002) بعنوان فرد پر خطر شناخته شود گزینه بار اول برای بررسی وضعیت ابتلا وی به بیماریهای هپاتیت ویروسی ثبت می گردد. در مواردی که فردی در اولین مراجعه بعنوان مشکوک شناخته شود اما بر اساس نتایج آزمایشات مبتلا به بیماری نباشد، در تاریخ مراجعه بعدی گزینه پیگیری برای او علامت زده می شود.**
* **نام مرکز آزمایشگاهی/تشخیصی: در این قسمت نام آزمایشگاه یا مرکز تشخیصی بمنظور انجام پیگیری های بعدی بایستی ذکر گردد.**
* **تاریخ بررسی: در این بخش تاریخ انجام آزمایش یا روش تشخیصی درج شده بر روی برگه گزارش آزمایشگاه/مرکز تشخیصی ثبت گردد.**
* **تاریخ نتیجه آزمایش: در این بخش نیز تاریخ نتیجه آزمایش یا روش تشخیصی درج شده بر روی برگه گزارش آزمایشگاه/مرکز تشخیصی ثبت می گردد.**
* **نوع آزمایش و نتیجه آزمایش: در این قسمت دو نوع آزمایش بصورت کلی وجود دارد که عبارتند از:1- آزمایشات تشخیصی هپاتیتB ، C و D 2-آزمایشات کبدی و سرمی. برای آزمایشات گروه اول نتیجه آزمایش یکی از گزینه های "مثبت"، "منفی" و "نامشخص" خواهد بود که بایستی برای هریک از موارد یاد شده کاملا دور آن خط کشیده شود. برای آزمایشات گروه دوم بایستی نتیجه بصورت عددی نوشته شود.**
* **سونوگرافی یا بیوپسی کبد: چنانچه بیمار جهت انجام سونوگرافی یا نمونه برداری از کبد ارجاع داده شود (توسط پزشک متخصص) بایستی نتایج آنها بطور دقیق در این بخش ثبت گردد.**
* **توضیحات: برای مواردی که در جدول نیاز به ارائه توضیحات تکمیلی وجود داشته باشد در این قسمت بدان اشاره گردد.**
* **تاریخ مراجعه بعدی:**

##

## فرم 004 (پیگیری افراد در تماس نزدیک و خانواده با فرد آلوده):

**در این فرم اطلاعات مربوط به افراد در تماس نزدیک و همچنین اعضای خانواده فرد آلوده بمنظور پیگیری وضعیت ابتلا به بیماری هپاتیتB و C در آنها وارد می شود. شایان ذکر است که این فرم فقط برای اطرافیان نزدیک فردی تکمیل می شود که:**

 **1-مورد تایید شده بیماری هپاتیتB و یا C باشد (بر اساس نتایج آزمایشگاهی با گواهی تایید شده توسط پزشک)**

**2-دارای رفتار پر خطر باشد (برای مثال:رفتار جنسی خارج از چارچوب)**

 **3-در شرایط پر خطر قرار گیرند(برای مثال دیالیز).**

**همچنین این فرم برای پیگیری اعضای خانواده و اطرافیان نزدیک مواردی که بر اساس فرم 001 مورد مشکوک بیماری باشند اما هنوز بیماری آنها تایید نشده باشد بایستی تکمیل گردد.**

***تبصره:* *لازمه پیگیری اعضای خانواده و اطرافیان بر اساس فرم حاضر در درجه اول منوط به اخذ رضایت بیمار یا فرد مشکوک مراجعه کننده به مرکز خواهد بود.***

* **کد شناسایی مراجعه کننده: این قسمت پس از نوشتن کد شناسایی و نام و نام خانوادگی فرد مشکوک یا مبتلا به بیماری باید تکمیل گردد.**
* **نام و نام خانوادگی: در این بخش نام و نام خانوادگی هریک از اعضای خانواده فرد مشکوک یا مبتلا به بیماری هپاتیتB و C که در یک منزل زندگی می کنند(خانوار) باید وارد گردد. همپنین برای مواردی که در تماس نزدیک با فرد مشکوک یا مبتلا باشند و بر اساس راههای انتقال بیماری امکان انتقال ویروس در آنها وجود داشته باشد(برای مثال شریک جنسی یا تزریقی) نام و نام خانوادگی آنها (در صورت داشتن نام مستعار وارد کردن آن نیز الزامی است) بایستی وارد گردد.**
* **نسبت: در این قسمت نسبت افراد خانوار با فرد آلوده وارد می شود. برای افرادی که جزء اعضای خانوار فرد مشکوک یا بیمار محسوب نمی شوند باید نوع آن ذکر گردد. برای شریک جنسی از کلمه اختصاری SW و برای شریک تزریقی IDU استفاده شود).**
* **تاریخ تولد: در این بخش تاریخ تولد اعضای خانواده و در تماس نزدیک حدالامکان بر اساس روز/ماه/سال و در صورت عدم آگاهی مراجعه کننده تاریخ تقریبی بر اساس سال تکمیل گردد.**
* **جنس: بر اساس مذکر و مونث تکمیل گردد.**
* **کد شناسایی اعضای خانواده و تماس نزدیک: در صورتیکه خانواده فرد مشکوک و یا مبتلا بر اساس رضایت نامه کتبی فرد جهت دریافت خدمات مشاوره به مرکز مراجعه نمایند و برای آنها پرونده تشکیل داده شود بایستی کد شناسایی پرونده آنها در این بخش ذکر گردد.**
* **تاریخ بررسی: آخرین زمان مراجعه یا تماس فرد در تماس نزدیک به مرکز (بصورت حضوری یا غیر حضوری) جهت بررسی وضعیت بیماری و دریافت خدمات و ارجاع می باشد.**
* **نتایج آزمایشات مورد نیاز: طبق برگه گزارش آزمایشگاه در این بخش نتایج آزمایشات HBs Ag،IgM anti HBc ، HCV Ab (بر اساس نوع آنElisa یا RIBA) بصورت مثبت، منفی و یا نامشخص وارد شود. همچنین چنانچه فردی به غیر از آزمایشات یاد شده جواب آزمایش دیگری از لحاظ وجود آنتی بادی های سایر هپاتیت ها داشته باشد و یا تیتر آنتی بادی جهت تعیین اثر بخشی واکسیناسیون علیه هپاتیتB را داشته باشد در قسمت سایر باید وارد گردد.**
* **سابقه واکسیناسیون: در این بخش سابقه واکسیناسیون علیه هپاتیتB بر اساس پرسش از هر کدام از افراد در تماس نزدیک و یا والدین وی و همچنین کارت واکسن با دو گزینه "دارد" و "ندارد" تکمیل گردد. همچنین در این قسمت نوبت دریافت واکسن نیز با علامت✰ مشخص گردد. برای مثال چنانچه فردی سابقه دریافت هر سه نوبت واکسن را داشته باشد هر سه مورد" نوبت اول"، "نوبت دوم" و "نوبت سوم" علامت گذاری شود.**
* **آموزش: چنانچه هر یک از اعضای در تماس نزدیک به صورت حضوری یا غیر حضوری(تماس از طریق تلفن و ...) تحت آموزش های لازم در جهت پیشگیری از انتقال هپاتیتB و C و همچنین مراقبت از فرد مبتلا به این نوع بیماریها قرار گیرند در این بخش ذکر گردد.**
* **مشاوره: چنانچه هر یک از اعضای در تماس نزدیک به صورت حضوری یا غیر حضوری(تماس از طریق تلفن و ...) تحت مشاوره های لازم در جهت بررسی خطر انتقال هپاتیتB و C (تکمیل کل فرآیند مشاوره بر اساس فرم ها و دفاتر مراقبت مرکز مشاوره هپاتیت) و همچنین مراقبت از فرد مبتلا به این نوع بیماریها قرار گیرند در این بخش ذکر گردد.**
* **نیاز به پیگیری بعدی: در صورتیکه فرد مشکوک خانواده همچنان دارای رفتارهای پر خطر باشد(برای مثال رابطه جنسی خارج از چارچوب) ، بطور پیوسته در معرض خطر بیماری قرار گیرد(برای مثال دیالیز) و یا وضعیت بیماری وی همچنان نامشخص باشد، در اینصورت نیاز به پیگیری هر کدام از افراد در تماس نزدیک به فاصله هر 6 ماه خواهد بود. همچنین در شرایطی که فرد مورد شناخته شده بیماری(هپاتیتB و C) باشد در آنصورت نیاز به پیگیری هر کدام از اعضای خانواده به فاصله 3 ماه خواهد بود.**
* **توضیحات: در این قسمت چنانچه موارد غیر پیش بینی شده در هر یک از بخش های جدول وجود داشته باشد و یا نیاز به توضیح بیشتری داشته باشد، ذکر گردد. ذکر نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده بهمراه امضا و تاریخ در این قسمت الزامی می باشد.**

## فرم دفتر مراقبت بیماری (فرم005):

**این دفتر بمنظور پایش سیر خدمات ارائه شده توسط مرکز برای کسانی است که بعنوان فرد مشکوک یا پر خطر\*(فردی که علت مراجعه وی حداقل یکی از موارد 14 گانه فرم 001 باشد) و همچنین کسانی که سابقه ابتلا به بیماری هپاتیتB و یاC باشند طراحی گردیده است.**

**برای تکمیل این دفتر چنانچه فرد بصورت متعدد به مرکز مراجعه نماید (برای مثال سه بار مراجعه) بایستی در هر بار مراجعه خدمات ارائه شده در ردیف های مجزا ثبت گردد.**

* **تاریخ مراجعه: دقیقا" برابر با تاریخ مراجعه فرد به مرکز در هر بار مراجعه خواهد بود.**
* **وضعیت بیمار هنگام مراجعه: در این بخش دو گزینه برای انتخاب وجود دارد. چنانچه فردی برای اولین بار به مرکز مراجعه نموده باشد و در فرم 001 و ارزیابی خطر (فرم 002) بعنوان فرد پر خطر شناخته شود گزینه مشکوک به ابتلا به هپاتیت برای وی ثبت می گردد. در صورتیکه فرد در اولین مراجعه مورد شناخته شده بیماری (بر اساس نتایج آزمایشگاهی با گواهی تایید شده توسط پزشک) باشد در اینصورت گزینه مبتلا برای وی انتخاب می شود. در مواردی که فردی در اولین مراجعه بعنوان مشکوک شناخته شود و در تاریخ مراجعه بعدی نیز همچنان دارای رفتار پر خطر باشد اما بر اساس نتایج آزمایشات مبتلا به بیماری نباشد در این حالت دوباره گزینه مشکوک برای او علامت زده می شود.**
* **نوع خدمات ارائه شده در مرکز هپاتیت: در این قسمت انواع خدمات ارائه شده توسط مرکز به مراجعه کننده مشخص می گردد. در این بخش امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود دارد. برای مثال فردی که در حال حاضر رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج دارد و برای اولین بار به مرکز مراجعه نموده است، بعنوان مورد مشکوک بایستی در همان زمان خدماتی همچون مشاوره و آموزش را دریافت کند. همچنین وی بایستی به مرکز آزمایشگاهی، مشاوره بیماریهای رفتاری و خدمات کاهش آسیب نیز ارجاع داده شود. همچنین در این بخش چنانچه نیاز به ارائه توضیحات در مورد نوع و نحوه ارائه خدمات باشد در قسمت توضیحات بطور کامل تکمیل گردد.**
* **سابقه واکسیناسیون: در مواردی که فرد پرخطر بر اساس فرم 001 سابقه دریافت واکسن علیه هپاتیتB را نداشته باشد و یا بصورت ناقص باشد، با علامت**✰ **مشخص شده و جهت انجام و یا تکمیل واکسیناسیون علیه هپاتیتB به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ارجاع داده شود.**
* **تشخیص: چنانچه وضعیت بیماری فرد از لحاظ ابتلا به بیماری های هپاتیت ویروسی مشخص باشد(بر اساس نتایج آزمایشگاهی با گواهی تایید شده توسط پزشک) در این قسمت با علامت✰ مشخص گردد. همچنین در مواردی که فرد مبتلا به بیماریهای جنسی از جمله HIV (و سوزاک و سفلیس در طی یکسال اخیر) باشد که توسط پزشک، آزمایشگاه یا مرکز دیگری همانند مشاوره بیماریهای رفتاری تایید شده باشد در این قسمت باید بدان اشاره شود و نوع بیماری مشخص گردد.**
* **ارجاع به مرکز: در صورتیکه فرد برای انجام روش های تشخیصی به پزشک متخصص، آزمایشگاه، سونوگرافی و بیوپسی ارجاع داده شود، هر کدام یک از موارد بترتیب با✰ علامت گذاری می گردد. همچنین اگر فردی جهت دریافت واکسن علیه هپاتیتB به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع داده شود در این بخش بایستی علامت گذاری شود. در مواردی که فرد جهت دریافت خدمات کاهش آسیب و مشاوره بیماریهای رفتاری به مراکز یاد شده ارجاع داده شود باید در این بخش ردیف های تعیین شده برای هر کدام از آنها با✰ علامت گذاری شود. در شرایطی که بیمار جهت دریافت خدمات یا تشخیص به مرکز خاصی ارجاع شود(برای مثال تخلیه آسیت در بیمارستان برای فرد مبتلا به پرفشاری ورید پورت) بایستی در ردیف آخر با ذکر نام مرکز بدان اشاره شود. ضمنا" در صورت نیاز در بخش توضیحات شرح اقدامات انجام گرفته در مراکز یاد شده نوشته شود.**
* **وضعیت بالینی: این بخش بر اساس پروتکل راهنمای کشوری مراقبت هپاتیت B و C و همپنین تایید وضعیت بیماری توسط پزشک تکمیل می گردد.**
* **عوامل خطر: در این بخش عوامل خطر احتمالی فرد بر اساس موارد 14 گانه فرم 001(علت مراجعه) بصورت کد عددی ذکر گردد. برای مثال چنانچه فردی دارای رابطه جنسی پرخطر و همچنین اعتیاد تزریقی باشد بایستی کد های 3 و 4 در این بخش نوشته شود.**
* **مصرف الکل: در صورتیکه فرد سابقه مصرف الکل در یکسال گذشته بر اساس فرم 002 (سوال 10)را داشته باشد علامت گذاری می گردد.**
* **علایم بالینی: چنانچه فرد مبتلا بر اساس تعریف هر کدام از نشانه های بالینی ابتلا به بیماری هپاتیتB و یا C را داشته باشد در این قسمت با✰ علامت گذاری گردد. برای مواردی که علامت بالینی به غیر حالات اشاره شده در این بخش باشد در بخش سایر باید به آن اشاره شود.**
* **پیامد بیماری: این بخش بر اساس پروتکل راهنمای کشوری مراقبت هپاتیت B و C و همپنین تایید وضعیت بیماری توسط پزشک تکمیل می گردد. لازم بذکر است که برای موارد مربوط به پیامد بهبودی، عارضه یا مرگ درج تاریخ آن در بخش توضیحات الزامی می باشد.**

## فرم گزارش دهی ماهانه مرکز مشاوره هپاتیت (فرم006):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان متغییر | کد مرجع |
| 1 | جنس | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف طبق جدول تکمیل گردد.** |
| 2 | شغل | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف طبق جدول بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **آزاد: برای افرادی که در دستگاههای دولتی فعالیت نمی کنند. برای مثال کارگر ساده ساختمانی، مکانیک، مغازه دار 2- دولتی: برای افرادی که شاغل دستگاههای دولتی می باشند یا بازنشسته دستگاههای دولتی می باشند 3- بیکار: برای افرادی که طی یکماه گذشته در هیچ موسسه یا دستگاهی بصورت موقت یا دائم فعالیتی نداشته اند 4- سایر: در صورتیکه فرد هیچکدام از شرایط فوق را نداشته باشد در این طبقه قرار می گیرد. برای مثال: زنان خانه دار، دانش آموزان یا دانشجویان**
 |
| 3 | سطح تحصیلات | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف طبق جدول بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **بیسواد 2- زیر دیپلم 3- دیپلم 4- دانشگاه**
 |
| 4 | ملیت | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف طبق جدول بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **ایرانی 2- افغانی 3- پاکستانی 4- سایر**
 |
| 5 | محل سکونت | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف طبق جدول بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **شهری 2- روستایی 3- عشایر**
 |
| 6 | سابقه دریافت واکسیناسیون هپاتیتB | **بر اساس فرم 001 و دفتر مراقبت بیماری برای زیر گروه های سنی مختلف طبق جدول تکمیل گردد** 1. **کامل: دریافت واکسن در سه نوبت ماههای 0-1-6 بزرگسالان و 0-2-6 گروههای زیر یکسال 2- ناقص: در صورتیکه حداقل یکی از نوبت های واکسن تزریق صورت نگرفته باشد 3- نامشخص: برای مواردی که وضعیت دریافت واکسن آنها نامشخص می باشد. 4- ندارد: برای مواردی که حتی یک دز واکسن هپاتیتB دریافت نکرده باشد.**
 |
| 7 | تشخیص بیماری | **بر اساس فرم 001 و 003 و برای زیر گروه های سنی مختلف بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **هپاتیت حاد B 2- هپاتیت مزمن B 3- ناقل فعال یا غیر فعال هپاتیت B 4- هپاتیت حاد C**

**5- هپاتیت مزمن C 6- ناقل فعال یا غیر فعال هپاتیتC 7- سایر هپاتیت ها: نوع آن در بخش توضیحات ذکر شود** |
| 8 | بیمه | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **تحت پوشش قرار دارد 2- تحت پوشش قرار ندارد**
 |
| 9 | نحوه آشنایی با مرکز | **بر اساس فرم 001 و برای زیر گروه های سنی مختلف بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **معرفی توسط مراجعین 2- رسانه ها 3- ارجاع از مراکز دیگر 4-سایر: در بخش توضیحات فرم گزارش ذکر شود**
 |
| 10 | خدمات ارائه شده در مرکز | **بر اساس فرم دفتر مراقبت بیماری و برای زیر گروه های سنی مختلف بصورت زیر تکمیل گردد:**1. **مشاوره 2- آموزش 3- ارجاع: در بخش توضیحات فرم گزارش، محل ارجاع داده شده ذکر شود**

**4- سایر: در بخش توضیحات فرم گزارش ذکر شود** |
| 11 | پیگیری تماس یافتگان |  **بر اساس فرم 004 و برای زیر گروه های سنی مختلف بصورت تعداد تماس یافتگان نزدیک پیگیری شده تکمیل گردد** |
| 12 | پیامد بیماری | **بر اساس فرم دفتر مراقبت بیماری و نظام کد بندی جدول گزارش بصورت زیر تکمیل گردد:** 1. **بهبودی 2- فوت 3- نامعلوم 4-عارضه 5- ناقل**

***توجه:* برای تکمیل این بخش نیازی به تفکیک تعداد بر اساس گروههای سنی نمی باشد.** |
| 13 | علت مراجعه | **بر اساس فرم 001 و نظام کد بندی آن (علت مراجعه) بصورت زیر تکمیل گردد:****برای مثال: 1- بروز علایم هپاتیت 7- حاملگی 10- شاغلین بهداشتی درمانی و .....** ***توجه:* برای تکمیل این بخش نیازی به تفکیک تعداد بر اساس گروههای سنی نمی باشد.** |

# ضمایم دو:

## نمونه فرم شماره 001 (مشخصات فردی و اطلاعات پایه ای مراجعین):



## نمونه فرم 002(ارزیابی خطر):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز مشاوره هپاتیت

فرم شماره 002

ارزیابی خطر (**Risk Assessment**)

کد شناسایی مراجعه کننده: 

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی:.................................... |
| بدينوسيله اينجانب ................................ رضايت مي­دهم كه موافق برقراری تماس با خانواده و اطرافیان خود و یا مراکز ذی صلاح جهت اطلاع از وضعیت عوامل خطر و بیماری خود می باشم. همچنین نام و كليه اطلاعاتي كه از من گرفته مي­شود، محرمانه باقي خواهد ماند و نتايج بررسی های انجام شده به صورت كلي گزارش، مورد مطالعه و منتشر مي­گردد. نتايج فردي در صورت نياز بدون ذكر نام و مشخصات فردي عرضه خواهد شد. همچنين برائت کارشناس اين مرکز را از كليه اقدامات مذكور در برگه اطلاعاتي در صورت عدم تقصير در ارائه اقدامات اعلام مي­دارم.امضاء/ اثر انگشت فرد مراجعه کننده به مرکز(تحت مشاوره) |

|  |
| --- |
| 1. آیا تا به حال باردار (حامله) شده­اید؟ بله □ خیر □

در صورت مثبت بودن سابقه، تعداد دفعات بارداری: ............... بار |
| 1. آیا تا به حال سابقه سقط داشته­اید؟ بله □ خیر □

در صورت مثبت بودن سابقه، تعداد دفعات سقط القایی: ............... بار |
| 1. آیا تا به حال حجامت کرده­اید؟ بله □ خیر □
 | 1. آیا تا به حال خالکوبی کرده­اید؟ بله □ خیر □
 |
| 1. آیا تا به حال خون و یا فرآورده­های خونی دریافت کرده­اید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □
 |
| 1. آیا به بیماری هموفیلی مبتلا هستید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □
 |
| 1. آیا بستگان شما به هپاتیت B، C و یا HIV مبتلا هستند؟ (در صورت مثبت بودن هر یک از موارد علامت بزنید)
 |
| بیماری | وضعیت ابتلاء هر یک از بستگان به بیماری­های مورد اشاره |
| پدر | مادر | برادر | خواهر | همسر | فرزند | نمی­دانم |
|  | هپاتیت B |  |  |  |  |  |  |  |
| هپاتیت C |  |  |  |  |  |  |  |
| HIV |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. آیا تا به حال به هر دلیلی دستگیر و زندانی شده­اید؟ بله □ خیر □

در صورت مثبت بودن پاسخ،\* در مجموع چه مدت را در زندان سپری کرده­اید؟ ......... سال و ......... ماه؛ نمی­دانم □  |
| 1. آیا تا به حال از مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، ...) استفاده کرده­اید؟ بله □ خیر □

در صورت مثبت بودن پاسخ،\* در طی ماه گذشته با چه توالی­ای از مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، ...) استفاده کرده­اید؟ هر روز □ دست کم یکبار در هفته □ کمتر از یکبار در هفته □ مصرف نکرده­ام □  |
| 1. آیا تا به حال از مشروبات الکلی استفاده کرده­اید؟ بله □ خیر □

در صورت مثبت بودن پاسخ،\* در طی ماه گذشته با چه توالی­ای از مشروبات الکلی استفاده کرده­اید؟هر روز □ دست کم یکبار در هفته □ کمتر از یکبار در هفته □ مصرف نکرده­ام □  |
| 1. آیا تا به حال از مواد مخدر/ مواد روانگردان استفاده کرده­اید؟ بله □ خیر □
 |
| 1. آیا در طی یکسال گذشته از مواد مخدر/ مواد روانگردان به صورت تزریقی استفاده کرده­اید؟ بله □ خیر □
 |

\*. لطفا تنها در صورت مثبت بودن پاسخ سوال 11، به سوالات 13 تا 21 پاسخ دهید.

**ج. سوابق مصرف دارو و مواد مخدر و رفتارهای مرتبط با تزریق**

|  |
| --- |
| 1. چه مدت است که از مواد مخدر/ مواد روانگردان استفاده می­کنید؟......... سال و ......... ماه؛ نمی­دانم □
 |
| 1. چه مدت است که از مواد مخدر/ مواد روانگردان به روش تزریقی استفاده می­کنید؟

......... سال و ......... ماه؛ نمی­دانم □  |
| 1. در چند سالگی برای اولین بار از مواد مخدر/ مواد روانگردان تزریقی استفاده کردید؟ ......... سالگی؛ نمی­دانم □
 |
| 1. در طی یک ماه گذشته چند بار تزریق داشته­اید؟

فقط یکبار □ 3-2 بار □ هفته­ای یکبار □ 3-2 بار در هفته □ 6-4 بار در هفته □ روزی یکبار □ روزی 3-2 بار □ 4 بار یا بیشتر در روز □ نداشته­ام □ نمی­دانم □  |
| 1. آیا تا به حال از سرنگی که قبلا توسط شخص دیگری استفاده شده است، استفاده نموده­اید؟

بله □ خیر □ نمی­دانم □ در صورت مثبت بودن پاسخ،\* در طی یکماه گذشته چند بار از سرنگ مشترک استفاده نموده­اید؟همیشه □ اغلب □ تقریبا در نیمی از موارد □ گهگاهی □ هرگز □ نمی­دانم □  |
| 1. آیا شما در صورت نیاز می­توانید یک سرنگ استفاده نشده را به دست آورید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □

در صورت مثبت بودن پاسخ،\* شما از کجا می­توانید سرنگ مصرف نشده را به دست آورید؟داروخانه □ پرسنل بهداشتی □ بیمارستان □ بستگان □ شریک جنسی □ دوستان □ سایر موارد □ (نام برده شود): ........................................ در صورت منفی بودن پاسخ،\* آیا شما جائی را که بتوانید از آنجا سرنگ استفاده نشده تهیه کنید، می­شناسید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □  |
| 1. در طی یکماه گذشته چند بار از ویال/ پنبه/ فیلتر/ ... مشترک استفاده کرده­اید؟

همیشه □ تقریبا همیشه □ گاهی □ هرگز □ نمی­دانم □  |
| 1. در طی یکماه گذشته شما چند بار داروی تزریقی خود را از داخل یک ظرف مشترک با دیگران کشیده­اید؟

همیشه □ تقریبا همیشه □ گاهی □ هرگز □ نمی­دانم □  |
| 1. آیا شما در حال حاضر به دلیل مصرف مواد مخدر/ مواد روانگردان تحت درمان هستید یا تا به حال به همین دلیل تحت درمان قرار گرفته­اید؟

در حال حاضر تحت درمانم □ قبلا تحت درمان بوده­ام □ هرگز تحت درمان نبوده­ام □  |

 **د. سوابق مرتبط با روابط جنسی فرد: تعداد و نوع شرکای جنسی**

|  |
| --- |
| 1. آیا در حال حاضر با همسر یا فرد دیگری که با وی روابط جنسی دارید، زندگی می­کنید؟ بله □ خیر □
 |
| 1. آیا همسر/ شریک جنسی شما دارای همسر دیگری است؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □
 |
| 1. در چه سنی برای اولین بار رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج داشته­اید؟ .............. سالگی
 |
| 1. در چه سنی برای اولین بار به خاطر روابط جنسی پول/ کالا/ هدیه دریافت کردید؟ .............. سالگی
 |
| 1. آیا شما درآمد دیگری به جز درآمد حاصل از روابط جنسی دارید؟ بله □ خیر □
 |
| 1. در طی یک هفته گذشته، در مجموع با چند نفر (از جمله همسر یا شریک جنسی­ای که شما با وی زندگی می­کنید) روابط جنسی داشته­اید؟ ............... نفر
 |
| 1. در آخرین روز کاری خود، شما چند مشتری که در ازای روابط جنسی به شما پول/ کالا/ هدیه پرداخت کرده­اند، داشته­اید؟ ............... نفر
 |
| 1. آیا شما یا شرکای جنسی شما تا به حال از کاندوم استفاده کرده­اید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □

در صورت مثبت بودن پاسخ،\* آیا در آخرین تماس جنسی خود با مشتری، از کاندوم استفاده کردید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □ \* شما و تمام مشتری­های شما در طی یک ماه گذشته با چه توالی­ای از کاندوم استفاده می­کردید؟همیشه □ تقریبا همیشه □ گاهی □ هرگز □ نمی­دانم □  |
| 1. آیا شما در طی 12 ماه گذشته ترشحات از ناحیه تناسلی داشته­اید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □
 |
| 1. آیا شما در طی 12 ماه گذشته زخم ناحیه تناسلی داشته­اید؟ بله □ خیر □ نمی­دانم □
 |

**و. آگاهی افراد در مورد بیماری هپاتیت B، C و AIDS**

|  |  |
| --- | --- |
| سئوال | پاسخ |
| بله | خیر | نمی­دانم |
| 1. آیا برای هپاتیت B واکسن وجود دارد؟
 |  |  |  |
| 1. آیا برای هپاتیت C واکسن وجود دارد؟
 |  |  |  |
| 1. آيا ویروس هپاتیت B و C از طريق مادر مبتلا به جنین (فرزند داخل شکمش) منتقل مي‌شود؟
 |  |  |  |
| 1. آیا ویروس هپاتیت B و C می­تواند از طریق رابطه جنسی منتقل شود؟
 |  |  |  |
| 1. آیا خطر ابتلاء به هپاتیت B و C با استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی کاهش می­یابد؟
 |  |  |  |
| 1. آيا كسي كه ظاهر مرتب و سالمي دارد، ممكن است به هپاتیت B و C مبتلا باشد؟
 |  |  |  |
| 1. آیا این امکان وجود دارد که یک فرد از طریق گزش پشه­ها به ویروس هپاتیت B، C و یا HIV آلوده شود؟
 |  |  |  |
| 1. آيا احتمال ابتلاء به هپاتیت B و C از طريق رابطه جنسي با يك نفر که مبتلا به ایدز نبوده و شریک جنسی دیگری ندارد، كاهش مي‌يابد؟
 |  |  |  |
| 1. آيا استفاده هميشگي از كاندوم در روابط جنسي مي‌تواند باعث کاهش خطر انتقال هپاتیت B و C شود؟
 |  |  |  |
| 1. آيا هپاتیت B و C از طريق خوردن غذا در ظروف مشترک با افراد مبتلا به هپاتیت B و C منتقل مي‌شود؟
 |  |  |  |
| 1. آیا یک زن حامله آلوده به ویروس هپاتیت B و C می­تواند ویروس را به نوزاد خود منتقل کند؟
 |  |  |  |
| 1. آیا یک زن آلوده به ویروس هپاتیت B و C می­تواند ویروس را از طریق شیردهی به فرزندش منتقل کند؟
 |  |  |  |

**ز. روابط جنسی داوطلبانه و اجباری**

|  |
| --- |
| 1. آیا در طی 12 ماه گذشته، هیچیک از شرکای جنسی شما، علی­رغم میل باطنی­تان، شما را مجبور به برقراری تماس جنسی با خودشان کرده­اند؟ بله □ خیر □
 |

**ح. انجام آزمایشات تشخیصی**

|  |
| --- |
| آيا جايي را مي‌شناسيد كه در صورت نياز خودتان يا دوستانتان، براي مشاوره‌ يا آزمايش هپاتیت B و C مراجعه كنيد؟ بله □ خیر □ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام برده شود: ........................................ |
| 1. آیا شما تا به حال آزمایش هپاتیت B، هپاتیت C یا HIV داده­اید (نیازی به گفتن نتیجه تست نیست)؟
 |
| نوع آزمایش | سابقه انجام آزمایش | در صورت مثبت بودن سابقه انجام هر یک از آزمایشات |
| نحوه انجام آزمایش | اطلاع از نتیجه آزمایش | زمان انجام آزمایش برای آخرین بار |
| بله | خیر | نمی­دانم | داوطلبانه | به درخواست دیگران | دارم | ندارم | طی یک سال اخیر | طی 2-1 سال اخیر | طی 4-2 سال اخیر | بیش از 4 سال قبل | نمی­دانم |
| هپاتیت B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| هپاتیت C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HIV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**با تشکر از همکاری صمیمانه شما**

 **نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده:.................................امضاء:**

## نمونه فرم 003 (اطلاعات آزمایشگاهی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز مشاوره هپاتیت

فرم شماره 003

اطلاعات آزمایشگاهی



## نمونه فرم 004 (پیگیری افراد در تماس نزدیک و خانواده با فرد آلوده):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز مشاوره هپاتیت

فرم شماره 004

فرم بررسی مشخصات و پیگیری موارد تماس نزدیک و خانواده فرد آلوده



## نمونه فرم دفتر مراقبت بیماری (فرم005):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.........................

مرکز مشاوره هپاتیت

دفتر مراقبت بیماری



## نمونه فرم گزارش دهی و دستورالعمل گزارش دهی ماهانه مرکز مشاوره هپاتیت:



فرم فعالیت های ارائه شده در سطح جامعه :

