



Эта форма, которую заполняет интервьюер, используется для сбора демографической информации участников.

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен код участника (PTID) во время скрининга. Отослите эту ИРФ вместе с ИРФ **Результат Скрининга** для тех участников, которые не были зарегистрированы. Подайте после визита регистрации только для тех участников, которые войдут в исследование.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1</b>	Если какая-либо часть даты рождения неизвестна, запишите возраст на момент регистрации. Если возраст неизвестен, запишите приблизительный возраст по мнению участника. Не вносите оба ответа.
<b>Пункт 3</b>	Этот пункт должен быть заполнен на основе заявления участника. Сотрудникам сайта рекомендуется записать в примечаниях к карте, если участник во время участия в исследовании предпочитает, чтобы о нем говорили, употребляя определенное местоимение, связанное с гендерной принадлежностью.



Эта форма, которую заполняет интервьюер, используется для сбора демографической информации участников.

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен код участника (PTID) во время скрининга. Отослите эту ИРФ вместе с ИРФ **Результат Скрининга** для тех участников, которые не были зарегистрированы. Подайте после визита регистрации только для тех участников, которые войдут в исследование.



Эта форма, которую заполняет интервьюер, используется для сбора демографической информации участников.

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен код участника (PTID) во время скрининга. Отослите эту ИРФ вместе с ИРФ **Результат Скрининга** для тех участников, которые не были зарегистрированы. Подайте после визита регистрации только для тех участников, которые войдут в исследование.



Эта форма, которую заполняет интервьюер, используется для сбора демографической информации участников.

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен код участника (PTID) во время скрининга. Отошлите эту ИРФ вместе с ИРФ **Результат Скрининга** для тех участников, которые не были зарегистрированы. Подайте после визита регистрации только для тех участников, которые войдут в исследование.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункты 11-12</b>	Занятость самостоятельно определяется участником. Запишите любую деятельность, за которую участник получает деньги, выполняя работу вне зависимости от того, считается ли это легальным трудоустройством.
-------------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(DUK) 011

Participant ID:

<i>Site Number</i>		<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>	<i>Cohort</i>		

Form Completion Date:

<i>dd</i>		<i>MMM</i>		<i>yy</i>	

**Демографические данные - Украина**

**1** Как участник обозначает свою национальность/гражданство? *Отметьте все подходящие варианты.*

1a. *Украинец (Украинка)*

1b. *Русский(ая)*

1c. *Другое, указать*

*Местный язык:* \_\_\_\_\_

*English:* \_\_\_\_\_

Нет необходимости в дополнительных инструкциях.



Participant ID:

Site Number		Network Number				Chk	Cohort		

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

**Трекер PTID Индекс**

**1** Устанавливалась ли личность участника (отпечатки пальцев, уникальная идентификационная карта, т.д.)?

Да       Нет  
 Если да, перейдите к пункту 2.

1a. Если нет, причина: \_\_\_\_\_

**2** Встречался ли этот участник ранее в проекте HPTN 074?

Да       Нет  
 Если нет, то конец формы.

2a. Перечислите все предыдущие PTIDs связанные с этим участником.

	Номер сайта	Сетевой Номер	Контроль	Когорта		Номер сайта	Сетевой Номер	Контроль	Когорта
PTID #1:					PTID #4:				
PTID #2:					PTID #5:				
PTID #3:									

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен ID участника во время скрининга, и ведется для всех прошедших скрининг участников.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата скринингового визита</b>	Дата скринингового визита - это дата, когда участник предоставил скрининговый образец крови для тестирования на ВИЧ. Требуется полная дата.
----------------------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(ISO-1) 020

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

**Результат Скрининга - Индекс**

**1** Согласился ли участник на то, чтобы у него взяли образцы крови при скрининге, сохранили их и использовали для дальнейшего тестирования, связанного с ВИЧ-инфекцией?

Да

Нет

---

**2** Как этот участник был взят в исследование? *Отметьте все подходящие варианты.*

2a. Через другого ПИН

2b. Через участника HPTN 074

2c. Через потребителя наркотиков вне своей сети

2d. Социальные медиа (например, Facebook) или другой Интернет-ресурс

2e. Печатные СМИ

2f. ТВ или радио

2g. Сайты/Центр снижения вреда

2h. Горячие точки

2i. ВИЧ-клиники

2j. Клиники ЗПТ

2k. Места продажи наркотиков

2l. Аутрич

2m. Другое - укажите: Местный язык: \_\_\_\_\_

*English:* \_\_\_\_\_

---

**3** Зарегистрировался ли участник для участия в исследовании?

Да —▶ **Если да, конец формы. Не подавайте страницу 2.**

Нет

CRF **Результата Скрининга Индекса** документирует скрининг участника и собирает информацию о наборе и причинах, почему участник не может быть зарегистрирован для участия в исследовании.

Эта форма заполняется для всех участников, которым были присвоены ID участника во время скрининга, и ведется для всех участников скрининга.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата скринингового визита</b>	Дата скринингового визита - это дата, когда участник предоставил скрининговый образец крови для тестирования на ВИЧ. Требуется полная дата.
<b>Пункт 1</b>	Запишите решение участника в отношении хранения скринингового образца, как записано в форме информированного согласия для скрининга.



(HPTN 074) DF/Net 074

(ISO-2) 021

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Результат Скрининга - Индекс

Page 2 of 2

- 4** Почему участник не был зарегистрирован для участия в исследовании? Отметьте все подходящие варианты.
- 4a. Текущее участие в исследовании по профилактике ВИЧ-инфекции или предыдущее/текущее участие в исследовании вакцины против ВИЧ
- 4b. Серьезное, в активной фазе медицинское или психическое заболевание
- 4c. Ранее проходил скрининг в качестве потенциального сетевого партнера другого участника-индекса в этом исследовании
- 4d. В настоящее время или ранее являлся партнером участника-индекса
- 4e. Не желает придерживаться процедур исследования
- 4f. Отозвал согласие / отказался от участия
- 4g. Не смог привлечь сетевого партнера в течение установленного срока после забора крови во время скрининга.
- 4h. Вирусная нагрузка <1000 копий/мл
- 4i. Не отвечает критериям на роль активного ПИН в соответствии с протоколом
- 4j. Не ВИЧ-инфицирован
- 4k. Не сообщает о совместном использовании игл/шприцев или наркотического раствора по крайней мере один раз в месяц
- 4l. Не прошел процедуры скрининга
- 4m. Другое - указать Местный язык: \_\_\_\_\_
- English: \_\_\_\_\_

CRF **Результата Скрининга Индекса** документирует скрининг участника и собирает информацию о наборе и причинах, почему участник не может быть зарегистрирован для участия в исследовании.

Эта форма заполняется для всех участников, которым были присвоены ID участника во время скрининга, и ведется для всех участников скрининга.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата скринингового визита</b>	Дата скринингового визита - это дата, когда участник предоставил скрининговый образец крови для тестирования на ВИЧ. Требуется полная дата.
----------------------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(PPT) 024

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort			

Screening Visit Date:

dd		MMM			yy	

**Трекер PTID Партнер**

**1** Устанавливалась ли личность участника (отпечатки пальцев, уникальная идентификационная карта, т.д.)?

Да       Нет  
 Если да, перейдите к пункту 2.

1a. Если нет, причина: \_\_\_\_\_

**2** Встречался ли этот участник ранее в проекте HPTN 074?

Да       Нет  
 Если нет, то конец формы.

2a. Перечислите все предыдущие PTIDs связанные с этим участником.

	Номер сайта	Сетевой Номер	Контроль	Когорта		Номер сайта	Сетевой Номер	Контроль	Когорта
PTID #1:					PTID #4:				
PTID #2:					PTID #5:				
PTID #3:									

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен ID участника во время скрининга, и ведется для всех прошедших скрининг участников.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата скринингового визита</b>	Дата скринингового визита - это дата, когда участник предоставил скрининговый образец крови для тестирования на ВИЧ. Требуется полная дата.
----------------------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSO) 025

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

### Результат Скрининга - Партнер

- 1** Согласился ли участник, чтобы образцы крови, взятые при скрининге, сохранили и использовали для дальнейшего тестирования, связанного с ВИЧ-инфекцией?
- Да
- Нет
- 2** Зарегистрировался ли участник в исследовании?
- Да → **Если да, то конец формы.**
- Нет
- 3** Почему участника не включили в исследование? **Отметьте все подходящие варианты.**
- 3a. Любой реактивный или ВИЧ-положительный быстрый тест или тест на ВИЧ методом ИФА
- 3b. Текущее участие в исследовании по профилактике ВИЧ-инфекции или предыдущее/текущее участие в исследовании вакцины против ВИЧ
- 3c. Серьезное и активное медицинское или психическое заболевание
- 3d. Ранее прошел скрининг как потенциальный сетевой партнер другого участника-индекса в этом исследовании
- 3e. Ранее назван и зарегистрирован в качестве партнера другого участника-индекса
- 3f. Не желает придерживаться процедур исследования
- 3g. Отозвал согласие / отказался от участия
- 3h. Не соответствует критериям для активно употребляющих инъекционные наркотики в соответствии с протоколом
- 3i. Не смог подтвердить отношения, связанные с совместным употреблением инъекционных наркотиков с индексом
- 3j. Не прошел процедуры скрининга
- 3k. Другое, укажите: Местный язык: \_\_\_\_\_
- English: \_\_\_\_\_

Форма "Результат Скрининга - Партнер" документирует скрининг участника и причины, по которым участник не был включен в исследование.

Эта форма заполняется для всех участников, которым был присвоен ID участника во время скрининга, и ведется для всех прошедших скрининг участников.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата скринингового визита</b>	Дата скринингового визита - это дата, когда участник предоставил скрининговый образец крови для тестирования на ВИЧ.
----------------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IAI) 030

Visit Code:   .

**Participant ID:**

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Visit Date:

dd      MMM      yy

**Начало АРТ - Индекс**

**1** Когда участник указал, что он/она начал(а) получать АРТ?

dd      MMM      yy

**2** Как было определено получение АРТ? *Отметьте все подходящие варианты.*

2a. По заявлению участника

2b. Отчет/документация вне клиники

2c. Другое - укажите:      Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**3** Готов/способен ли участник предоставить документацию?

Да

Нет → **Если нет - конец формы.**

**4** Запишите АРТ препараты, назначенные участнику:

	Код АРТ-препаратов	Дата начала приема		
		dd	MMM	yy
4a.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4b.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4c.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4d.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4e.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Комментарии (Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

Эта форма документирует начало получения АРТ участником-Индексом в ходе исследования. Эта CRF должна быть заполнена только один раз.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата визита</b>	Запишите дату визита.
<b>Пункт 1</b>	Запишите дату, которую участник указывает как ту, когда он/она начал(а) АРТ.
<b>Пункт 3</b>	Подробная информация о получении АРТ означает конкретный перечень назначенных лекарств. Используйте исходную документацию (клинические заметки, отпускаемые по рецепту флаконы и т.д.). Если участник сам сообщил о получении АРТ, отметьте "нет".
<b>Пункты 4а-4е</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Коды АРТ препаратов:</b> Обратитесь к интернет сайту HPTN 074 за списком кодов АРТ препаратов.</li><li>• <b>Дата начала:</b> По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата неизвестна, запишите месяц и год.</li></ul>



(HPTN 074) DF/Net 074

(SUT) 040

Visit Code:   .

**Participant ID:**

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Visit Date:

dd      MMM      yy

**Начало лечения наркозависимости**

**1** Когда участник указал, что он/она приступил(а) к лечению наркозависимости?

dd      MMM      yy

**2** Как было определено лечение от наркозависимости? *Отметьте все подходящие варианты.*

2a. По заявлению участника

2b. Отчет/документация вне клиники

2c. Другое, указать:      Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**3** Готов/способен ли участник предоставить подробную информацию о своем лечении от наркозависимости?

Да       Нет      ➔ Если нет - конец формы.

**4** Запишите виды лечения от наркозависимости, которые получает участник.

**Если да, то дата самого последнего визита:**

	Да	Нет	dd	MMM	yy
4a. Метадон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4b. Бупренорфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4c. Другие лекарства (ЗПТ), укажите: Местный язык: _____ English: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4d. Детоксификация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4e. Лечение в сообществе/религиозное, уточните: Местный язык: _____ English: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4f. Другое – укажите Местный язык: _____ English: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Комментарии (Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

Эта форма документирует начало получения лечения от наркозависимости участником-Индексом в ходе исследования. Эта ИРФ должна быть заполнена только один раз.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата визита</b>	Укажите дату визита.
<b>Пункт 1</b>	Запишите дату, которую участник указывает как дату начала лечения от наркозависимости. Если участник начинал лечиться несколько раз, укажите самую последнюю дату начала лечения.
<b>Пункт 3</b>	Подробная информация о получении лечения от наркозависимости означает конкретный перечень любых интервенций (ММТ, детокс, религиозная и т.д.), в которых участвует участник. По возможности, используйте исходную документацию (клинические заметки, отпускаемые по рецепту флаконы и т.д.).
<b>Пункты 4a-4f</b>	<b>Дата начала:</b> По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата неизвестна, запишите месяц и год.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-1) 071

## Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

## Assessment Date:

dd		MMM		yy	

## Первичная Оценка Поведения

Page 1 of 8

В этом исследовании принимают участие очень разные участники, поэтому некоторые вопросы могут не иметь отношения лично к вам. Мы задаем одни и те же вопросы всем участникам.

В этом интервью вам зададут вопросы о вашем сексуальном поведении и возможном употреблении алкоголя и наркотиков. Некоторые вопросы могут показаться очень личными. Пожалуйста, помните, что ваши ответы не будут разглашаться. Ваши ответы связаны только с вашим номером в исследовании, а не с вашим именем.

**Нам нужно, чтобы вы ответили на эти вопросы честно.** Мы не осуждаем за употребление алкоголя или наркотиков. Мы не осуждаем то, как вы занимаетесь сексом или сколько раз и с кем.

Эти вопросы помогут нам понять особенности поведения участников во время исследования. Ваша честность поможет нам понять отличия в поведении.

## ИСТОРИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

- 1** До участия в этом исследовании, вы когда-нибудь проходили тест на ВИЧ?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 2.**
- 1a. Сколько раз в вашей жизни вы проходили тест на ВИЧ?   количество раз
- 1b. Когда был ваш последний тест на ВИЧ?           
dd MMM yy
- 1c. Каков был результат этого теста?  Отрицательный  Положительный  Не знаю

## ЛИШЕНИЕ СВОБОДЫ

- 2** В течение последних 3 месяцев, как много раз вы были в ...
- 2a. СИЗО/тюрьме?   количество раз
- 2b. Принудительная детоксификация/задержание?   количество раз
- 2c. Другие виды лишения свободы, уточните:   количество раз
- Местный язык: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1</b>	По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата не известна, запишите месяц и год.
----------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-2) 072

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

**Первичная Оценка Поведения**

**УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ (Опросник Аудит С)** Ответьте на вопросы, чтобы отобразить ваше поведение за последние 3 месяца.

**3** Как часто вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?

*Никогда*      **→** *Если никогда, перейдите к пункту 6.*       *2-3 раза в неделю*  
 *Раз в месяц или реже*       *4 или более раз в неделю*  
 *2-4 раза в месяц*

**4** Сколько стандартных напитков (доз), содержащих алкоголь, вы употребляете в обычный день?

*1 или 2*       *от 7 до 9*  
 *3 или 4*       *10 или больше*  
 *5 или 6*

**5** Как часто вы употребляете шесть или более напитков за один раз?

*Никогда*       *Еженедельно*  
 *Меньше чем раз в месяц*       *Ежедневно или почти ежедневно*  
 *Ежемесячно*

**УПОТРЕБЛЕНИЕ НЕИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ**

**6** За последние 3 месяца, вы ...      *Да*      *Нет*

6a. Употребляли марихуану?           

6b. Употребляли стимуляторы (кокаин, метамфетамин)?           

6c. Употребляли опиаты (героин, опий)?           

6d. Употребляли другие наркотики (как указано сайтами), уточните:           

*Местный язык:* \_\_\_\_\_

*English:* \_\_\_\_\_

**7** Когда вы в последний раз употребляли марихуану, амфетамины, метадон, опиаты или бензодиазепины, которые вы не вводили инъекционно?       *Никогда*

*или*

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 6</b>	Запишите любое неинъекционное употребление указанных препаратов (которые вы курили, глотали, нюхали и т.д.). При необходимости, используйте местное или уличное название наркотика.
<b>Пункт 7</b>	Если участник никогда не употреблял эти наркотики неинъекционным способом, отметьте "никогда". По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата неизвестна, запишите месяц и год. При необходимости используйте местное или уличное название наркотика.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-3) 073

Participant ID:

<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>	<i>Cohort</i>					

**Первичная Оценка Поведения**

**ИНЪЕКЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ**

<b>8</b>	Сколько вам было лет, когда вы впервые употребили инъекционные наркотики?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>лет</i>							
<b>9</b>	Самый длинный период, в течение которого вы добровольно не употребляли инъекционные наркотики (например, когда вы не были в заключении), после того как вы начали употреблять инъекционные наркотики?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>месяцев</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>дней</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>лет</i>			
<b>10</b>	За <b>последние 3 месяца</b> что из следующего вы употребляли инъекционным способом?									
		<i>Да</i>	<i>Нет</i>		<i>Да</i>	<i>Нет</i>				
	10a. Амфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10i. Кетамин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10b. Метамфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10j. Кустарные опиаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10c. Кокаин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10k. Стимуляторы короткого и длительного действия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10d. Героин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10l. Дезоморфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10e. Опий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10m. Другое, укажите:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10f. Бупренорфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Местный язык:</i> _____						
	10g. Метадон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>English:</i> _____						
	10h. Бензодиазепины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>11</b>	В <b>прошлом месяце</b> сколько дней вы употребляли инъекционные наркотики?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>количество дней</i>							
<b>12</b>	В <b>прошлом месяце</b> , в дни, когда вы употребляли инъекционные наркотики, сколько раз в день вы обычно употребляли инъекционные наркотики?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>количество раз в день</i>							
<b>13</b>	Когда был последний день, когда вы употребляли инъекционные наркотики (включая сегодняшний день)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>dd</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>MMM</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>yy</i>	ИЛИ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<i>количество месяцев назад</i>

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 9</b>	Запишите самый долгий период времени, в течение которого участник воздерживался от употребления инъекционных наркотиков, с тех пор как он/она впервые начал(а) употреблять инъекционные наркотики.
<b>Пункт 10</b>	При необходимости, используйте местное или уличное название наркотика.
<b>Пункт 13</b>	По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата не известна, запишите месяц и год.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-4) 074

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

**Первичная Оценка Поведения**

**СОВМЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

Часто люди делятся шприцами и другим оборудованием, потому что они спешат, беспокоятся насчет полиции, плохо себя чувствуют, или по различным другим причинам.

		Да	Нет	Не знаю
14	Делились ли вы водой для промывания шприцев в течение <b>последних 3 месяцев</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14а. В последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, делились ли вы водой для промывания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Если нет, перейдите к пункту 15.</i> ←				
15	Делились ли вы контейнером для приготовления в течение <b>последних 3 месяцев</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15а. В последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, использовали ли вы общую плиту/контейнер?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Если нет, перейдите к пункту 16.</i> ←				
16	Делились ли вы ватой для фильтра в течение <b>последних 3 месяцев</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16а. В последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, делились ли вы ватой для фильтра?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Если нет, перейдите к пункту 17.</i> ←				

**ОЧИСТКА**

17	Как часто вы очищаете иглу перед инъекцией?	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Более чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Менее чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Никогда		
18	В последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, вы очищали иглу, прежде чем делать инъекцию?	Да	Нет	Не знаю
19	В последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, вы использовали новую иглу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Как часто вы очищаете иглу после инъекции?	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Более чем в половине случаев/ <input type="checkbox"/> Менее чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Никогда		
21	В последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, вы очищали иглу после инъекции?	Да	Нет	Не знаю
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-5) 075

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

## Первичная Оценка Поведения

Page 5 of 8

## Предварительное заполнение шприца и перезагрузка наркотика из одного шприца в другой

<b>22</b>	Последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, использовали ли вы предварительно заполненный шприц?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю
<b>23</b>	Последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, были ли они первый раз набраны или перенабраны в шприц или иглу, которую вы использовали?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю
<b>24</b>	За последние 3 месяца, вместе со сколькими разными людьми вы употребляли инъекционные наркотики?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	кол-во человек	→ Если 000, перейдите к пункту 30.
<b>25</b>	За последние 3 месяца, сколько раз вы хотя бы один раз передали иглу или шприц кому-то еще после того, как вы использовали ее/его?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	количество раз	→ Если 000, перейдите к пункту 27.
<b>26</b>	За последние 3 месяца, скольким разным людям вы передали иглу или шприц после того, как вы использовали его/ее?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	кол-во человек	
<b>27</b>	За последние 3 месяца, сколько раз вы когда-нибудь, хотя бы однажды, использовали иглу или шприц после кого-то?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	количество раз	→ Если 000, перейдите к пункту 29.
<b>28</b>	За последние 3 месяца, со сколькими разными людьми вы использовали иглу или шприц после кого-то еще?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	кол-во человек	
<b>29</b>	За последние 3 месяца, когда вы делились шприцами, как часто вы делали инъекцию последним?	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> В большинстве случаев <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Я не делился/делилась последние 3 месяца		
<b>30</b>	За последние 3 месяца, вы получали новые иглы/шприцы от...			
	30a. <input type="checkbox"/> Я не получал(а) новые иглы за последние 3 месяца	→ Перейдите к пункту 32 на стр 6.		
		Да	Нет	
	30b. (от) Аптеки или медицинского центра?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30c. Продавца игл?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30d. Обмена шприцами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30e. Других потребителей инъекционных наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30f. Другое, укажите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Местный язык: _____	English: _____		

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-6) 076

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

## Первичная Оценка Поведения

Page 6 of 8

## Предварительное заполнение шприца и перезагрузка наркотика из одного шприца в другой

31 За последние 3 месяца, когда вы получали новые иглы, как правило, сколько вы покупали за один раз?    количество игл

## ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТ НАРКОЗАВИСИМОСТИ Укажите, в каких видах лечения вы принимали участие.

32 Вы когда-нибудь участвовали в любом виде программы лечения от наркозависимости?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 36 на странице 7.

33 Метадоновая поддерживающая терапия или любая другая программа лечения при поддержке препарата (ЗПТ)?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 34 на странице 7.

33a. В каком виде ЗПТ программы вы участвовали? Отметьте все подходящие варианты.

33a1. Метадон

33a3. Другое - укажите:

(Местный язык) \_\_\_\_\_

33a2. Бупренорфин

(English) \_\_\_\_\_

33b. Сколько раз вы записывались в ЗПТ?    количество раз

33c. Какой самый длинный период времени вы были на ЗПТ?   месяцев   дней

33d. Участвовали ли вы в ЗПТ за последние 3 месяца?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 34 на странице 7.

33e. В каком виде программы ЗПТ вы участвовали за последние 3 месяца? Отметьте все подходящие варианты.

33e1. Метадон

33e3. Другое, укажите:

(Местный язык) \_\_\_\_\_

33e2. Бупренорфин

(English) \_\_\_\_\_

33f. В настоящее время вы на ЗПТ?

Да  Нет

→ Если да, заполните ИРФ "Начало Лечения Зависимости".

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 31</b>	Если участник не получал собственные иглы или не может вспомнить, введите "000."
<b>Пункт 33с</b>	Введите количество месяцев <u>и</u> количество дней, в течение которых участник был на ЗПТ. Не оставляйте никакие из полей пустыми. Например, 3 года - это 36 месяцев и 00 дней. 6 недель будут записаны как 01 месяцев и 14 дней.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-7) 077

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

## Первичная Оценка Поведения

Page 7 of 8

## ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

<b>34</b>	Программа детоксикации при поддержке медработника?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	→	<i>Если нет, перейдите к пункту 35.</i>
	34a. Сколько раз вы записывались на детоксикацию?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			<i>количество</i>
	34b. Какой самый длинный период времени вы были на детоксикации?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<i>месяцев</i>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<i>дней</i>
	34c. Принимали ли Вы участие в детоксикации за <b>последние 3 месяца</b> ?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	→	<i>Если нет, перейдите к пункту 35.</i>
	34d. Вы в настоящее время на детоксикации?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет		
<b>35</b>	Какой-либо вид другой программы лечения от наркозависимости (например, амбулаторное лечение/религия)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	→	<i>Если нет, перейдите к пункту 36.</i>
	35a. Сколько раз вы записывались для участия в любом другом виде лечения от наркозависимости?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			<i>количество раз</i>
	35b. Какой был самый длинный период времени, в течение которого вы принимали участие в этом виде программы?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<i>месяцев</i>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<i>дней</i>
	35c. Участвовали ли вы в этом виде программы за <b>последние 3 месяца</b> ?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	→	<i>Если нет, перейдите к пункту 36.</i>
	35d. Вы в настоящее время участвуете в этом виде программы?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет		

## ВОПРОСЫ О СЕКСУАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Следующие несколько вопросов о сексуальном поведении. Это очень личные вопросы. Пожалуйста, помните, что вся информация, предоставляемая вами, является конфиденциальной. Мы просим вас ответить на вопросы максимально честно.

<b>36</b>	За <b>последние 3 месяца</b> , был ли у вас вагинальный или анальный секс?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	→	<i>Если нет, перейдите к пункту 42 на странице 8.</i>
<b>37</b>	В <b>прошлом месяце</b> , сколько у вас было различных половых партнеров - женщин?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			<i>количество половых партнеров - женщин</i>
<b>38</b>	В <b>прошлом месяце</b> , сколько у вас было различных мужских сексуальных партнеров - мужчин?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			<i>количество половых партнеров - мужчин</i>

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 34</b>	Программа детоксикации от наркотиков, поддерживаемая медработником, может быть добровольной или принудительной, в стационаре или амбулаторно. Не включайте программы детоксикации только от алкоголя.
<b>Пункт 34b</b>	Введите как количество месяцев, так <u>и</u> количество дней, в течение которых участник был на детоксикации. Не оставляйте никакие пиз полей пустыми. Например, 3 года - это 36 месяцев и 00 дней. 6 недель будут записаны как 01 месяцев и 14 дней.
<b>Пункт 35</b>	Другое включает в себя любые светские, религиозные или домашние программы, которые не поддерживаются медработником.
<b>Пункт 35b</b>	Введите количество месяцев и количество дней, в течение которых участник был на ЗПТ. Не оставляйте никакие поля пустыми. Например, 3 года - это 36 месяцев и 00 дней. 6 недель будут записаны как 01 месяцев и 14 дней.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-8) 078

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

**Первичная Оценка Поведения**

**39** У вас есть основной партнер, такой как муж/жена или парень/девушка?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 41.**

39а. Ваш основной партнер мужчина или женщина?

Мужчины  Женщины  Другое, укажите: \_\_\_\_\_ (Местный язык)

\_\_\_\_\_ (English)

**40** В прошлом месяце, сколько раз у вас был вагинальный или анальный секс с вашим основным партнером?  количество раз → **Если 000, перейдите к пункту 41.**

40а. Сколько из этих раз вы (или ваш партнер) использовали презерватив?  количество раз

**41** В прошлом месяце, сколько раз у вас был вагинальный или анальный секс с кем-то, кроме вашего основного партнера?  количество раз → **Если 000, перейдите к пункту 42.**

41а. Сколько из этих раз вы (или ваш партнер) использовали презерватив?  количество раз

Сейчас я вас спрошу о ваших партнерах из области сексуальной торговли (секс за деньги). Под партнерами из области сексуальной торговли я имею в виду людей, с которыми у вас был оральный, вагинальный или анальный секс в обмен на деньги, наркотики, продукты питания или место жительства.

**42** В прошлом месяце, сколько раз вы давали половым партнерам деньги или наркотики в обмен на секс?  количество раз

**43** В прошлом месяце, сколько раз половой партнер давал вам деньги или наркотики в обмен на секс?  количество раз

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Данные вопросы просят участника предоставить конфиденциальную информацию. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма ведется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 39</b>	"Основным партнером" является кто-то, кого вы считаете своей/своим женой/мужем/парнем/девушкой, с кем вы практикуете оральный, вагинальный или анальный секс и с кем вы состоите в отношениях по крайней мере 3 недели. Не включайте никого, с кем у вас был случайный секс или секс в обмен на деньги, наркотики, продукты питания или место жительства.
-----------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-1) 085

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort		

Assessment Date:

dd		MMM		yy	

Исходное Получение Услуг По Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс

Следующие несколько вопросов касаются лекарств против ВИЧ под названием антиретровирусная терапия, которую вы можете принимать. Эти вопросы не касаются лекарств, которые вы можете принимать для лечения наркозависимости. Мы должны знать, что происходит на самом деле, а не то, что, по вашему мнению, мы "хотим услышать." Многим людям трудно принимать лекарства все время.

1 Когда вы впервые узнали, что вы ВИЧ-позитивны? 

dd		MMM		yy

2 С кем вы поделились тем, что живете с ВИЧ? **Отметьте все подходящие варианты.**

<input type="checkbox"/> 2a. Супруг/партнер/девушка-парень	<input type="checkbox"/> 2d. Другие члены семьи	<input type="checkbox"/> 2g. Никто
<input type="checkbox"/> 2b. Собственные дети	<input type="checkbox"/> 2e. Друзья	<input type="checkbox"/> 2h. Отказываюсь отвечать
<input type="checkbox"/> 2c. Родители	<input type="checkbox"/> 2f. Другие	

3 Сколько ваших партнеров по наркотикам (людей, с которыми вы употребляете инъекционные наркотики) знают, что у вас ВИЧ?

- Все мои партнеры
- Более половины моих партнеров
- Менее половины моих партнеров
- Ни один из моих партнеров

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-2) 086

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort		

Исходное Получение Услуг По Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс

**4** Кто оказывает вам наибольшую поддержку, помогая вам с вашим лечением ВИЧ?

Медицинские работники (такие, как врачи или медсестры)

Ваш супруг/сожитель/долгосрочный партнер

Случайный половой партнер (например, друзья или коллеги, с которыми вы только познакомились и занимались сексом)

Инъекционные партнеры

Коммерческие работники секс-бизнеса

Ваши мать и отец

Родители вашего мужа/вашей жены

Другие члены семьи

Священники/религиозные лидеры

Ваши соседи или члены общины

Друзья

Ваши работодатели

Другое, укажите: (Местный язык) \_\_\_\_\_  
(English) \_\_\_\_\_

**5** Как часто вы говорили с семьей или человеком, который вас поддерживает, о ваших лекарствах для лечения ВИЧ?

Более чем один раз в неделю       2-3 раза в месяц       Один раз

Один раз в неделю       Раз в месяц       Никогда

**6** С тех пор как вы узнали, что вы живете с ВИЧ, вы обращались к врачу - специалисту в области ВИЧ?  Да       Нет → Если нет, перейдите к пункту 8 на странице 3.

ба. Если да, то укажите дату самого последнего визита:      dd      МММ      yy

--	--	--	--	--	--	--	--

**7** Говорил ли вам когда-либо какой-либо врач-инфекционист, что вы должны начать лечение АРТ для сохранения вашего здоровья?  Да       Нет

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-3) 087

Participant ID:

Site Number		Network Number				Chk	Cohort		

Исходное Получение Услуг По Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс		Page 3 of 6
<b>8</b>	Вы когда-нибудь посещали ВИЧ-клинику или аптеку с намерением начать АРТ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>9</b>	Вы когда-нибудь были на АРТ-лечении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>10</b>	Вы в настоящее время принимаете АРТ препараты? <i>Если да, то заполните ИРФ "Начало АРТ – Индекс".</i>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если нет, перейдите к пункту 16 на странице 5.</i>
<b>11</b>	Мы знаем, что очень трудно все время принимать ваши ВИЧ-лекарства. Когда вы в последний раз пропустили прием любой из доз вашего АРТ лекарства?  <input type="checkbox"/> В течение последней недели <input type="checkbox"/> 3-4 недели назад <input type="checkbox"/> Никогда не пропускал(а) прием лекарства в течение последних 3 месяцев <input type="checkbox"/> 1-2 недели назад <input type="checkbox"/> 1-3 месяца назад <i>Конец формы.</i>	
<b>12</b>	В <b>прошлом месяце</b> , в течение скольких дней (приблизительно) вы пропускали прием по крайней мере одной таблетки?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> дней
<b>13</b>	Пропускали ли вы прием по крайней мере одной таблетки в течение <b>последних четырех дней</b> ?  13а. В течение <b>последних четырех дней</b> , сколько дней вы пропускали прием по крайней мере одной таблетки?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> дней <i>Если нет, перейдите к пункту 15 на странице 4.</i>
<b>14</b>	Пропустили ли вы по крайней мере одну таблетку <b>вчера</b> ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-4) 088

No data recorded on this page

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort		

Исходное Получение Услуг По Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс

**15** В последний раз, когда вы пропустили по крайней мере одну таблетку, какой из следующих вариантов лучше всего описывает причину, почему это произошло? *Отметьте только один ответ. Конец формы.*

- Я забыл
- У меня не было с собой лекарства в то время, когда я должен был его принять
- Я не хотел, чтобы окружающие люди видели, как я принимаю лекарство
- Я пытался избежать побочных эффектов
- Я чувствовал себя здоровым
- Я был пьян
- Я не совершал поступков, из-за которых я мог бы передать ВИЧ другим людям
- Я не верю, что лекарство мне полезно
- Не применимо
- Другое, укажите: (Местный язык) \_\_\_\_\_  
(English) \_\_\_\_\_

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<p><b>На этой странице данные не были внесены</b></p>	<p>Отметить эту клетку если кроме ID участника, даты и инициалов персонала никакие другие данные не были внесены.</p>
---	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-5) 089

No data recorded on this page

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

**Исходное Получение Услуг По Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс**

<b>16</b>	Иногда людям трудно начать лечение ВИЧ-инфекции (АРТ) из-за личных ситуаций или обстоятельств. По каким причинам вы не начали принимать АРТ?	<i>Согласен</i>	<i>Не согласен</i>	<i>Не актуально/ не применимо</i>
	16a. Вы не думаете, что вам это нужно.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16b. Вы не успели обратиться в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16c. У вас нет энергии или мотивации идти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16d. Вы пропустили встречу, и поэтому трудно вернуться.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16e. Вы были слишком больны, чтобы идти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16f. Ваше употребление наркотиков помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16g. Вы беспокоитесь о нежелательных побочных эффектах или осложнениях.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16h. Вы не понимаете, когда вы должны принимать каждую таблетку.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16i. Вы продали или потеряли свое лекарство или ваше лекарство было украдено.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16j. Вашу употребление алкоголя помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16k. Вы должны были слишком долго ждать, поэтому вы ушли, не попав к врачу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Иногда людям трудно начать принимать АРТ из-за семьи или друзей. По каким причинам вы не начали принимать АРТ?	<i>Согласен</i>	<i>Не согласен</i>	<i>Не актуально/ не применимо</i>
	17a. Вам не хватает поддержки со стороны семьи или друзей.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17b. Вы не хотите, чтобы другие знали, что у вас ВИЧ (например, видели, как вы принимаете лекарство).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<p><b>На этой странице данные не были внесены</b></p>	<p>Отметить эту клетку если кроме ID участника, даты и инициалов персонала никакие другие данные не были внесены.</p>
---	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-6) 090

No data recorded on this page

**Participant ID:**

<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>			<i>Chk</i>		<i>Cohort</i>	

**Исходное Получение Услуг По Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс**

<b>18</b>	Многим людям трудно начать принимать АРТ, даже если они ранее пытались, из-за проблем в системе здравоохранения/процессе здравоохранения. По каким причинам вы не начали принимать АРТ?	<i>Согласен</i>	<i>Не согласен</i>	<i>Не актуально/ не применимо</i>
	18a. У вас нет необходимых материалов (например, документов, удостоверения личности, результатов тестирования), необходимых в клинике.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18b. АРТ – это слишком дорого.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18c. АРТ была недоступна.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18d. ВИЧ-специалист не продлевает вам прием лекарства или рецепт.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18e. Вы не знаете, как и где можно получить АРТ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18f. Вы находите транспортировку/поездки в клинику сложными.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18g. Вы путешествовали.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18h. Вы были в тюрьме или в заключении.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18i. Вы боитесь быть арестованным за употребление наркотиков.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18j. Вам нужно будет зарегистрироваться в государственных органах как наркопотребитель.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19** Есть ли другие причины, по которым вам трудно начать принимать АРТ?

*(Местный язык):* \_\_\_\_\_

*English:* \_\_\_\_\_

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<p><b>На этой странице данные не были внесены</b></p>	<p>Отметить эту клетку если кроме ID участника, даты и инициалов персонала никакие другие данные не были внесены.</p>
---	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IE) 091

Participant ID:

<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>	<i>Cohort</i>	

Enrollment Date:

<i>dd</i>		<i>MMM</i>		<i>yy</i>	

## Регистрация Индекс

**1** Согласился ли участник на то, чтобы взятые у него при регистрации образцы крови использовались в будущем для тестирования, связанного с ВИЧ-инфекцией?

- Да
- Нет

**2** Согласился ли участник на то, чтобы взятые у него при регистрации образцы мочи использовались в будущем для тестирования, связанного с употреблением наркотиков?

- Да
- Нет

**3** В какую группу исследования зачислен участник?

- Стандартный пакет медицинских услуг
- Интервенция

Эта форма заполняется только во время регистрации.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункты 1 и 2</b>	Запишите решение индекса в отношении хранения образцов, полученных во время регистрации, как указано в форме информированного согласия для регистрации.
---------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(PE) 095

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort		

Enrollment Date:

dd		MMM		yy	

## Регистрация - Партнер

**1** Согласился ли участник, чтобы образцы крови, взятые при зачислении, использовали в будущем для тестирования, связанного с ВИЧ-инфекцией?

 Да

 Нет

**2** Согласился ли участник, чтобы образцы мочи, взятые при зачислении, использовали в будущем для тестирования, связанного с употреблением наркотиков?

 Да

 Нет

**3** Во время какого визита индекса был зарегистрирован этот сетевой партнер?

Код визита индекса:

--	--	--

За. Дата регистрации индекса:

Дата:

dd		MMM		yy	

Эта форма заполняется только при зачислении.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункты 1 и 2</b>	Запишите решение участника в отношении хранения образцов при зачислении, как написано в форме согласия при зачислении.
<b>Пункты 3 и 3а</b>	Для сетевых партнеров, которые зачисляются после визита зачисления их партнеров-индексов, укажите код визита индекса, во время которого был зачислен партнер, и запишите дату зачисления участника-индекса.



Visit Code:   .

**Participant ID:**

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

Visit Date:

*dd      MMM      yy*

**Сетевой Статус - Индекс**

<b>1</b>	Сколько всего партнеров по инъекционным наркотикам перечислено в социальном/сексуальном сетевом списке?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Количество партнеров</i>
<b>2</b>	Сколько новых инъекционных партнеров было добавлено в список партнеров за этот визит? Под новыми мы имеем в виду, что они не были в списке до этого визита.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Количество новых партнеров</i>
<b>3</b>	Зачисляется ли новый партнер на этом визите?  3а. Есть ли в данный момент у индекса партнер, включенный в исследование, с которым он/она делилась иглами, водой, контейнером и т.д. за последний месяц?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	} <b>Если 3 и 3а Нет, закончите форму.</b>
<b>4</b>	Перечислите зарегистрированных партнеров, с которыми вы используете общие иглы, воду, оборудование для варки и т.д. за последние 3 месяца (включая зарегистрированных во время этого визита).		
	<b>Инициалы или Ник партнера:</b>	<b>ID Участника:</b>	
		<i>Номер сайта</i>	<i>Сетевой Номер</i> <i>Контроль</i> <i>Когорта</i>
4а.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4б.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4с.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4д.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4е.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4ф.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4г.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4г.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4и.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Комментарии (Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

Эта форма используется для документирования новых или возвращающихся сетевых партнеров во время последующих визитов.

Индекс может регистрировать дополнительных сетевых партнеров в течение исследования, если отношения и партнер соответствуют критериям включения протокола. Индекс может завершить отношения с сетевым партнером, начать отношения с сетевым партнером или восстановить отношения с предыдущим сетевым партнером. Тем не менее, у участника-Индекса может быть только до 5 активных сетевых партнеров в любой момент времени.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1</b>	Если нет указанных партнеров в Списке социальной/сексуальной сети (не ИРФ), введите 000.
<b>Пункт 2</b>	Если не было добавлено никаких новых партнеров, введите 000.
<b>Пункт 4</b>	Вернувшиеся партнеры, которые ранее участвовали в исследовании, сохраняют свой оригинальный ID Партнера.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FUV) 120

Visit Code:   . 

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number		Network Number		Chk	Cohort		

 Visit Date:   /    /    
 dd MMM yy

### Последующий визит

 1 Это промежуточный визит?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 2.

 1a. Причина промежуточного визита. **Отметьте все подходящие варианты.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1a1. Сообщить о новом осложнении(ях) О                      | <input type="checkbox"/> 1a5. Повторить лабораторный анализ |
| <input type="checkbox"/> 1a2. Сообщить о социальном воздействии                      | <input type="checkbox"/> 1a6. Другое, укажите:              |
| <input type="checkbox"/> 1a3. Тестирование на ВИЧ                                    | (Местный язык) _____  |
| <input type="checkbox"/> 1a4. Новый партнер по инъекционному употреблению наркотиков | (English) _____   |

 1b. Кроме этой формы, какие еще формы DataFax были заполнены во время этого визита.  
**Отметьте все подходящие варианты.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1b1. Результаты теста на ВИЧ партнера         | <input type="checkbox"/> 1b6. Результаты CD4 +/-Вирусной нагрузки    |
| <input type="checkbox"/> 1b2. Начало АРТ партнером-индексом            | <input type="checkbox"/> 1b7. Журнал осложнений (новый)              |
| <input type="checkbox"/> 1b3. Начало лечения наркозависимости индексом | <input type="checkbox"/> 1b8. Журнал социального воздействия (новый) |
| <input type="checkbox"/> 1b4. Анализ мочи на наркотики                 | <input type="checkbox"/> 1b6. Другое, укажите:                       |
| <input type="checkbox"/> 1b5. Хранение образца                         | (Местный язык) _____   |
|  | (English) _____  |

 2 О каком количестве новых случаев осложнений сообщили во время этого визита?   → Заполните отдельную страницу журнала НО для каждого НО. Если таких случаев нет, введите 00.

 3 О каком количестве нового социального воздействия сообщили во время данного визита?   → Заполните отдельную страницу журнала социального воздействия для каждого случая. Если таких случаев нет, введите 00.

Эта форма используется для обобщения информации о последующих визитах каждого участника (включая промежуточные визиты).

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Код визита</b>	Если данная форма используется для промежуточного визита, используйте код промежуточного визита. Если она используется для запланированного визита, используйте код, обязательный для этого визита. Если эта форма используется для промежуточного визита, все остальные формы, заполненные для этого визита, должны иметь такой же код визита, как и на данной форме последующего визита.
<b>Пункт 1b</b>	Отметьте новые заполненные формы (в дополнение к данной форме), которые предоставляются для промежуточного визита/контакта. Если отмечено "другие - укажите", запишите акроним(ы) формы в отведенном для этого месте.



Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>	<i>Cohort</i>		

**Журнал социальных воздействий**

1 Кратко опишите социальные воздействия: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2 Дата начала:     
*dd MMM yy*

3 Визит, на котором о нем сообщили:  .

4 Код социального воздействия:  → **Вернитесь назад для определения кодов социальных воздействий.**

Заполните эту форму при записи возникновения и решения неблагоприятных социальных воздействий, о которых сообщили в формах запланированной Анкеты по оценке социального воздействия, и тех, о которых сообщили спонтанно в любой момент в ходе исследования.

Социальными воздействиями являются события, которые, по мнению участника, связаны с участием в данном исследовании.

### Специфические для пунктов инструкции:

<b>Пункт 3</b>	Если участник сообщает о негативном социальном воздействии вне регулярно запланированного визита, заполните этот журнал и форму промежуточного визита. Запишите одинаковый код промежуточного визита в обеих формах.	
<b>Пункт 4</b>	Используйте следующие определения для кодирования социальных воздействий.	
	<b>Код</b>	<b>Определение</b>
<b>01</b>	Личные отношения	Был негативный опыт с семьей, друзьями, спутником жизни или сексуальными партнерами.
<b>02</b>	Путешествия/ Иммиграция	Были проблемы с получением официального разрешения на выезд или въезд в другую страну, например, отказ в выдаче визы, или были проблемы с иммиграцией/натурализацией.
<b>03</b>	Трудоустройство	Не были приняты на новую работу, потеряли работу или испытали другие проблемы на работе.
<b>04</b>	Образование	Не были приняты в образовательную программу, были исключены из образовательной программы или испытали другие проблемы в университете.
<b>05</b>	Медицина/ стоматология	Отказали в медицинской или стоматологической помощи, или испытали плохое отношение со стороны лечащего врача.
<b>06</b>	Медицинское страхование	Потеряли медицинскую страховку, имели проблемы с получением новой медицинской страховки, или испытали другие проблемы, связанные с медицинской страховкой.
<b>07</b>	Страхование жизни	Потеряли страхование жизни, имели проблемы с получением нового страхования жизни, или испытали другие проблемы, связанные со страхованием жизни.
<b>08</b>	Жилье	Возникли проблемы с получением или сохранением жилья, или были другие проблемы, связанные с жильем.
<b>09</b>	Армия/Другой государственный орган	Были проблемы с армией или любым другим государственным органом.
<b>10</b>	Другое	Были другие проблемы, не охваченные указанными выше кодами.



(HPTN 074) DF/Net 074

(SIA-1) 152

Visit Code:   . 

Participant ID:

   -      -  -  

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

Contact Date:

  /     /  

dd

MMM

yy

## Оценка социального воздействия

Page 1 of 2

<b>1</b>	Из-за вашего участия в этом исследовании, случалось ли с вами что-то негативное или плохое, о чем вы нам еще не сообщали?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 4.
<b>2</b>	Из-за вашего участия в этом исследовании, у вас ...			
	2a. были аресты или были проблемы с полицией или другие правовые проблемы?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 2b.
	2a1. Если да, то сколько раз?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Количество раз	
	2b. было трудно получить или сохранить жилье?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 2c.
	2b1. Если да, то сколько раз?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Количество раз	
	2c. было трудно получить или сохранить работу или проблемы с доходом или финансовой поддержкой?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 2d.
	2c1. Если да, то сколько раз?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Количество раз	
	2d. возникли проблемы с получением медицинской помощи или с медицинской страховкой?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 2e.
	2d1. Если да, то сколько раз?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Количество раз	
	2e. были проблемы личного характера с друзьями, семьей или знакомыми?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 2f.
	2e1. Если да, то сколько раз?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Количество раз	
	2f. Были проблемы любого другого рода?	<input type="checkbox"/> Да,	<input type="checkbox"/> Нет	➔ Если нет, перейдите к пункту 2f.
	Местный язык: _____	English: _____		
<b>3</b>	Укажите общее число воздействий:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Количество воздействий	Заполните отдельную ИРФ "Журнал социального воздействия" для каждого воздействия.
<b>4</b>	Имело ли ваше участие в этом исследовании какое-либо позитивное или благотворное воздействие на вашу жизнь?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю
		Если нет конец формы. Не отправляйте по факсу страницу 2.		

Заполните эту форму при документировании информации о любом социальном воздействии, будь то положительное или отрицательное, которое испытывает участник в результате участия в данном исследовании по профилактике ВИЧ.

Неблагоприятное социальное воздействие, связанное с участием в исследовании, должно быть заявлено и отслежено до их разрешения с помощью журнала социального воздействия. В этой форме сообщайте только о новых случаях, которые еще не были записаны в журнал социального воздействия. Ухудшение или продолжение ситуации, о которой сообщалось ранее, не считается "новым" случаем.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<p><b>Пункты 1-3</b></p>	<p>Зачитайте все подпункты участнику и отметьте ответ на каждый из них. Если участник отказывается ответить на любой из них, запишите "отказался" и проведите линию через всё поле ответов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если участник ответил "да" на любой из вопросов в пункте 2, страница журнала социального воздействия должна быть заполнена.</li> <li>• Подсчитайте указанное общее количество социальных воздействий и введите эту цифру в квадраты с надписью "Общее количество воздействий." Заполните одну страницу журнала социального воздействия для каждого указанного воздействия.</li> <li>• Если сообщается о двух отдельных явлениях одного и того же типа социального воздействия (например, два отдельных эпизода личных проблем во взаимоотношениях), поставьте галочку в поле "да" для этого социального воздействия, и включите оба эпизода в общее количество. Заполните одну страницу журнала социального воздействия для каждого эпизода.</li> </ul>
<p><b>Пункт 4</b></p>	<p>"Выгодное" воздействие означает что-нибудь хорошее или то, что улучшило качество участника жизни.</p>



Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

*Site Number*      *Network Number*      *Chk*      *Cohort*

**Оценка социального воздействия**

- | 5   | Из-за вашего участия в этом исследовании испытывали ли вы ... | <i>Да</i>                | <i>Нет</i>               |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 5а. | Улучшение ситуации с работой / занятостью?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5б. | Улучшение финансовой ситуации?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5с. | Сокращение употребления наркотиков?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5д. | Снижение тяги (к употреблению)/ отказ от употребления?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5е. | Полученные знания?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5ф. | Улучшение жизни?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5г. | Улучшение физического здоровья населения?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5h. | Улучшенные взаимоотношения?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5i. | Снижение стигмы?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5j. | Улучшение психического здоровья?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5к. | Другое, укажите:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Местный язык:* \_\_\_\_\_

*English:* \_\_\_\_\_

Заполните эту форму при документировании информации о любом социальном воздействии, будь то положительное или отрицательное, которое испытывает участник в результате участия в данном исследовании по профилактике ВИЧ.

Неблагоприятное социальное воздействие, связанное с участием в исследовании, должно быть заявлено и отслежено до их разрешения с помощью журнала социального воздействия. В этой форме сообщайте только о новых случаях, которые еще не были записаны в журнал социального воздействия. Ухудшение или продолжение ситуации, о которой сообщалось ранее, не считается "новым" случаем.



(HPTN 074) DF/Net 074

(STG-1) 155

Visit Code:   . 

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number		Network Number		Chk	Cohort		

Contact Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		MMM		yy	

## Анкета социальной поддержки и стигмы

Page 1 of 2

В этом разделе я буду зачитывать вам утверждения о том, какие чувства вы можете испытывать по отношению к себе, вашему употреблению инъекционных наркотиков и вашей ВИЧ-инфекции/СПИДе. Я бы хотел, чтобы вы говорили мне, полностью ли вы согласны, согласны, не согласны или решительно не согласны с каждым утверждением.

## ВНУТРЕННЯЯ СТИГМА И СТЫД

		<i>Полностью согласен</i>	<i>Согласен</i>	<i>Не согласен</i>	<i>Решительно о не согласен</i>
<b>1</b>	Я хуже думаю о себе или чувствую стыд, потому что:				
	1a. Я употребляю инъекционные наркотики.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1b. Я живу с ВИЧ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## СТОЛКНУЛСЯ СО СТИГМОЙ

		<i>Полностью согласен</i>	<i>Согласен</i>	<i>Не согласен</i>	<i>Решительно о не согласен</i>
<b>2</b>	Я изолирован от моей семьи, потому что:				
	2a. Я употребляю инъекционные наркотики.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2b. Я живу с ВИЧ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ОЖИДАНИЕ СТИГМЫ

		<i>Полностью согласен</i>	<i>Согласен</i>	<i>Не согласен</i>	<i>Решительно о не согласен</i>
<b>3</b>	Я боюсь, что если я раскрою свой ВИЧ-статус моей семье, они исключат меня из наших семейных мероприятий.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Я боюсь, что если я раскрою свой ВИЧ-статус другим, мне будет трудно найти работу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Я боюсь, что если я пойду в клинику за получением метадона или бупренорфина для лечения моей наркозависимости, то ко мне будут плохо относиться.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Я боюсь, что если я пойду в ВИЧ-клинику, то ко мне будут плохо относиться, потому что я употребляю инъекционные наркотики.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Я чувствую себя некомфортно, когда разговариваю с врачами, потому что я думаю, что они будут меня осуждать.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version 1.0, 21-JAN-15

Russian

Completed by: \_\_\_\_\_ (initials/date)

*Инструкции не требуются.*



(HPTN 074) DF/Net 074



(STG-2) 156

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

## Анкета социальной поддержки и стигмы

Page 2 of 2

8	За последние 2 недели, как часто вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
8a.	Недостаток интереса или удовольствия от различных занятий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	Плохое настроение, чувство подавленности или отсутствие надежды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c.	Проблемы с засыпанием или сном, или слишком долгий сон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d.	Чувство усталости или недостаток энергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8e.	Плохой аппетит или переедание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8f.	Вы плохо о себе думаете - или думаете, что вы неудачник или подвели себя или свою семью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8g.	Проблемы с концентрацией внимания на занятиях, таких как чтение газеты или просмотр телевизора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8h.	Другие люди заметили, что вы двигаетесь или говорите слишком медленно; или, наоборот, вы настолько суетливы или беспокойны, что двигаетесь гораздо больше, чем обычно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8i.	Мысли о том, что лучше бы вы умерли, или о том, чтобы каким-либо образом причинить себе вред	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Люди иногда обращаются к другим за общением, помощью или другими видами поддержки. Пожалуйста, расскажите мне, как часто вы можете получить каждый из следующих видов поддержки, если вы нуждаетесь в них.

9a. Кто-то, с кем вы можете хорошо провести время:

Никогда       Редко       Иногда       Большую часть времени

9b. Кто-то, с кем вы можете увидеться, чтобы отдохнуть/расслабиться:

Никогда       Редко       Иногда       Большую часть времени

9c. Кто-то, с кем вы можете сделать что-то доставляющее вам удовольствие:

Никогда       Редко       Иногда       Большую часть времени

*Инструкции не требуются.*



(HPTN 074) DF/Net 074

(ITB) 158

Visit Code:   . 

Participant ID:

   -      -  -  

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

Contact Date:

  /     /  

dd

MMM

yy

**Анкета Веры в Лечение - Индекс**

		Полностью согласен	Согласен	Не согласен	Решительно не согласен
1	Если у вас есть побочные эффекты, вы должны продолжать принимать ваше лечение ВИЧ-инфекции.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Лечение ВИЧ-инфекции является безопасным.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Лечение ВИЧ-инфекции является эффективным (под эффективным, мы имеем в виду, работает ли оно).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Если вы однажды забудете принять ваши лекарства, что вы должны делать?  <input type="checkbox"/> Принять двойную дозу <input type="checkbox"/> Принять обычную дозу <input type="checkbox"/> Принять полторы дозы				
5	В последние 3 месяца, ставили ли вы личные цели, касающиеся вашего лечения, связанного с ВИЧ?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет		
6	В последние 3 месяца, задавали ли вы вопросы своему врачу о вашей ВИЧ-инфекции?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет		
		Полностью согласен	Согласен	Не согласен	Решительно не согласен
7	Если у вас есть побочные эффекты, вы должны продолжать принимать ваши препараты для лечения наркозависимости.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Заместительная терапия (зависит от сайта – задавайте этот вопрос, только если она доступна) является безопасной.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неприменимо
9	Лечение наркозависимости является эффективным (под эффективным мы имеем в виду, работает ли оно).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Если вы однажды забудете принять ваши лекарства для лечения наркозависимости, что вы должны делать?  <input type="checkbox"/> Принять двойную дозу <input type="checkbox"/> Принять обычную дозу <input type="checkbox"/> Принять полторы дозы				
Version 1.0, 21-JAN-15		Russian		Completed by: _____ (initials/date)	

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 8</b>	Если заместительная терапия не доступна на сайте, отметьте N/A (неприменимо).
----------------	---



Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

*Site Number Participant Number Chk Cohort*

Specimen Collection Date:

*dd MMM yy*

**Анализ Мочи на Наркотики**

Не выполнено / Не собрано → **Конец формы.**

1	Были ли обнаружены наркотики?			
		Да	Нет	Не выполнено / Не собрано
1a.	Амфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.	Метамфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c.	Метадон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d.	Опиаты/морфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e.	Бензодиазепины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f.	Бупренорфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g.	Каннабиоиды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h.	Метаболит кокаина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i.	Другое, укажите:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(Местный язык) _____			
	(English) _____			

Комментарии  
(Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

Результаты тестов, проведенных на образцах мочи (скрининг на наркотики), записываются в этой форме.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата сбора образцов</b>	Запишите дату, когда был собран образец для данного визита (не дату, когда сообщили или занесли в форму результаты). Требуется полная дата.
<b>Не выполнено / Не собрано</b>	Если образец мочи не был собран (например, участник отказался или забыл), отметьте " Не выполнено / Не собрано", затем завершите заполнение формы.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-1) 171

Visit Code:   . 

## Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number	Network Number			Chk	Cohort		

## Assessment Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		MMM		yy	

## Последующая Оценка Поведения

Page 1 of 8

В этом исследовании принимает участие широкий круг участников. Таким образом, некоторые вопросы могут не иметь к вам отношения. Мы задаем одни и те же вопросы всем участникам.

В этом интервью вам зададут вопросы о вашем сексуальном поведении и возможном употреблении алкоголя и наркотиков. Некоторые вопросы могут показаться очень личными. Пожалуйста, помните, что ваши ответы не будут разглашаться. Ваши ответы связаны только с вашим номером в исследовании, а не с вашим именем.

**Нам нужно, чтобы вы ответили на эти вопросы честно.** Мы не осуждаем никого за употребление алкоголя или наркотиков. Мы не осуждаем то, как вы занимаетесь сексом или сколько раз и с кем.

Эти вопросы помогают нам понять типы поведения наших участников во время участия в исследовании. Ваша честность поможет нам понять различия в поведении.

## Последующая оценка демографических данных

**1** Как бы вы описали свои нынешние жилищные условия? Отметьте все подходящие варианты.

- 1a. Живу в доме, которым я владею или арендую
- 1b. Живу в доме родителей
- 1c. Живу в доме другого родственника (например, брат, двоюродный брат, тетя и/или дядя)
- 1d. Снимаю комнату или часть помещения в доме или квартире другого лица
- 1e. Живу с кем-то еще бесплатно (не плачу на регулярной основе за проживание и питание)
- 1f. Живу на улице, в парке или в заброшенном здании
- 1g. Живу в приюте для бездомных
- 1h. Останавливаюсь в более чем двух разных местах за неделю
- 1i. Живу в центре восстановления от наркотиков или любом другом месте временного пребывания
- 1j. Другие места, укажите:
- Местный язык: \_\_\_\_\_
- English: \_\_\_\_\_
- 1k. Отказываюсь отвечать

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-2) 172

Visit Code:   . 

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Последующая Оценка Поведения

Page 2 of 8

**2** Кто живет с вами? Отметьте все подходящие варианты.

- 2a. Супруг(а)/партнер/девушка-парень
- 2b. Собственные дети
- 2c. Родители
- 2d. Другие члены семьи
- 2e. Друзья
- 2f. Другие (например, соседи по комнате, жильцы)
- 2g. Живу в одиночестве
- 2h. Отказываюсь отвечать

**3** Ваше семейное положение? Вы:

- Женат/Замужем
- Живу с сексуальным партнером, но не состою в браке
- Расстались с партнером
- Разведен(а)
- Вдова/Вдовец
- Одинок(а)
- Отказываюсь отвечать

**4** В любой момент времени в течение последних 3 месяцев, были ли вы без работы?

- Да
- Нет
- Отказываюсь отвечать

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности. Ответьте на эти вопросы, чтобы отобразить ваше поведение за последние 3 месяца.

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074



(FBA-3) 173

Visit Code:   .

## Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

## Последующая Оценка Поведения

Page 3 of 8

5 Какой из приведенных ниже вариантов лучше всего характеризует ваш текущий статус занятости? Вы:

- Работаю полный рабочий день
- Работаю неполный рабочий день
- Безработный, но ищу работу;
- Безработный, не ищу работу;
- Пенсионер
- Отказываюсь отвечать

6 В прошлом месяце, сколько дней вы работали за плату?

количество дней

7 (Индекс: ТОЛЬКО для интервенции) Есть ли у вас выбранный человек для поддержки?

Да

Нет

Если нет, перейдите к пункту 8.

7a. Кем для вас является человек, оказывающий поддержку?

- Супруг/партнер/девушка-парень
- Отец/Мать
- Брат/сестра
- Другой член семьи
- Друг
- Другое, укажите: \_\_\_\_\_

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

## ЛИШЕНИЕ СВОБОДЫ

8 В последние 3 месяца, как много различных раз вы были в...

8a. СИЗО/тюрьма?

количество раз

8b. Вынужденная детоксикация / задержание

количество раз

8c. Другой вид лишения свободы - укажите:

количество раз

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности. Ответьте на эти вопросы, чтобы отобразить ваше поведение за последние 3 месяца.

Эта форма заполняется интервьюером.



Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 12</b>	При необходимости, используйте местное или уличное название наркотика.
<b>Пункт 12d</b>	Запишите любое неинъекционное употребление указанных препаратов (курить, глотать, нюхать и т.д.).
<b>Пункт 13</b>	По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата не известна, запишите месяц и год. Если участник никогда не употреблял эти наркотики неинъекционным путем, отметьте "никогда".



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-5) 175

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Последующая Оценка Поведения**

Page 5 of 8

**ИНЪЕКЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ**

**14** В последние 3 месяца, вы использовали иглу для введения каких-либо препаратов под кожу или в вену?  Да  Нет → *Если нет, перейдите к пункту 33 на странице 8.*

**15** За последние 3 месяца, что из следующего вы употребляли инъекционным способом?

	Yes	No		Да	Нет
15a. Амфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15i. Кетамин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b. Метамфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15j. Домашние опиаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c. Кокаин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15k. Стимуляторы короткого и длительного действия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15d. Героин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15l. Дезоморфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15e. Опиум	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15m. Другое, укажите:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15f. Бупренорфин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Местный язык: _____		
15g. Метадон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	English: _____		
15h. Бензодиазепины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**16** В прошлом месяце сколько дней вы употребляли инъекционные наркотики?   количество дней

**17** В прошлом месяце, в дни, когда вы употребляли инъекционные наркотики, сколько раз в день вы обычно употребляли инъекционные наркотики?   количество раз в день

**18** Когда был последний день, когда вы употребляли инъекционные наркотики (включая сегодняшний день)?       ИЛИ   количество месяцев назад

dd      MMM      yy

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 15m</b>	При необходимости, используйте местное или уличное название наркотика. Запишите только названия препаратов, еще не отмеченных в 15a-15L.
<b>Пункт 18</b>	По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата не известна, запишите месяц и год.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-6) 176

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Последующая Оценка Поведения**

**СОВМЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

Часто люди делятся шприцами и другим оборудованием, потому что они спешат, беспокоятся насчет милиции, плохо себя чувствуют или по различным другим причинам.

		Да	Нет	Не знаю
19	Делили ли вы с кем-то воду для промывания шприцев за последние 3 месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Если нет, перейдите к пункту 20.</i> ←			
19a.	Когда вы в последний раз употребляли инъекционные наркотики, делили ли вы с кем-то воду для промывания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Делились ли вы с кем-то плитой/контейнером за последние 3 месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Если нет, перейдите к пункту 21.</i> ←			
20a.	Когда вы в последний раз употребляли инъекционные наркотики, делились ли вы плитой/контейнером?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Делились ли вы с кем-то ватой для фильтра за последние 3 месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Если нет, перейдите к пункту 22.</i> ←			
21a.	Когда вы в последний раз употребляли инъекционные наркотики, делились ли вы ватой для фильтра?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ОЧИСТКА**

22	Как часто вы очищаете иглу перед инъекцией?	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Более чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Менее чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Никогда		
22a.	Когда вы употребляли инъекционные наркотики в последний раз, очищали ли вы иглу, прежде чем делать инъекцию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22b.	Когда вы употребляли инъекционные наркотики в последний раз, использовали ли вы новую иглу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22c.	Как часто вы очищаете иглу после инъекции?	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Более чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Менее чем в половине случаев <input type="checkbox"/> Никогда		
22d.	Когда вы употребляли инъекционные наркотики в последний раз, очищали ли вы иглу после инъекции?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на данной странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
------------------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-7) 177

Visit Code:   No data recorded on this page 

Participant ID:

   -     -  -  

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Последующая Оценка Поведения

Page 7 of 8

## Предварительное заполнение шприца и перезагрузка наркотика из одного шприца в другой со стороны поршня

23	Когда вы употребляли инъекционные наркотики в последний раз, использовали ли вы предварительно заполненный шприц?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю
24	Последний раз, когда вы употребляли инъекционные наркотики, были ли они перезагружены из другого шприца (со стороны иглы или поршня) в шприц или иглу, которую вы использовали?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не знаю
25	За последние 3 месяца, вместе со сколькими разными людьми вы употребляли инъекционные наркотики?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	кол-во человек	→ Если 000, перейдите к пункту 31.
26	За последние 3 месяца, сколько раз вы хотя бы один раз передали иглу или шприц кому-то еще после того, как вы использовали ее/его?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	количество раз	→ Если 000, перейдите к пункту 28.
27	За последние 3 месяца, скольким разным людям вы передали иглу или шприц после того, как вы использовали его/ее?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	кол-во человек	
28	За последние 3 месяца, сколько раз вы когда-нибудь, хотя бы однажды, использовали иглу или шприц после того, как ее/его использовал кто-то другой?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	количество раз	→ Если 000, перейдите к пункту 30.
29	За последние 3 месяца, со сколькими разными людьми вы использовали иглу или шприц после кого-то еще?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	кол-во человек	
30	За последние 3 месяца, когда вы использовали шприцы совместно с другими людьми, как часто вы делали инъекцию последним?	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> В большинстве случаев <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Я не ни с кем не делился за последние 3 месяца		
31	За последние 3 месяца, получали ли вы новые иглы/шприцы от...			
	31a. <input type="checkbox"/> Я не получал(а) новые иглы за последние 3 месяца	→ Перейдите к пункту 33 на странице 8.		
		Да	Нет	
	31b. Аптеки или медицинского центра?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	31c. Продавца игл?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	31d. Программы обмена шприцев?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	31e. Других потребителей инъекционных наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	31f. Другое - укажите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Местный язык: _____	English: _____		
32	За последние 3 месяца, когда вы покупали новые иглы, как правило, сколько вы покупали за один раз?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	количество игл	

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на данной странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
<b>Пункт 32</b>	Если участник не получал сам свои иглы или не помнит, запишите "000."



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-8) 178

Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Последующая Оценка Поведения**

Page 8 of 8

**ВОПРОСЫ О СЕКСУАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ**

Следующие несколько вопросов касаются вашего сексуального поведения. Это очень личные вопросы. Пожалуйста, помните, что вся информация, предоставляемая вами, является конфиденциальной. Мы просим вас ответить на вопросы максимально честно.

**33** Был ли у вас вагинальный или анальный секс за **последний месяц**?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 39.**

**34** В **прошлом месяце**, сколько у вас было различных сексуальных партнеров - женщин?    количество половых партнеров - женщин

**35** В **прошлом месяце**, сколько различных сексуальных партнеров - мужчин у вас было?    количество половых партнеров - мужчин

**36** Есть ли у вас основной партнер, такой как муж/жена или парень/девушка?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 38.**

36а. Ваш основной партнер - мужчина или женщина?

Мужчине     Женщине     Другое, (Местный язык) \_\_\_\_\_  
укажите: (English) \_\_\_\_\_

**37** В **прошлом месяце**, сколько раз у вас был вагинальный или анальный секс с вашим основным партнером?    количество раз → **Если 000, перейдите к пункту 38.**

37а. Сколько из этих раз вы (или ваш партнер) использовали презерватив?    количество раз

**38** В **прошлом месяце**, сколько раз у вас был вагинальный или анальный секс с кем-то кроме вашего основного партнера?    количество раз → **Если 000, перейдите к пункту 39.**

38а. Сколько из этих раз вы (или ваш партнер) использовали презерватив?    количество раз

Сейчас я вас спрошу о ваших партнерах из области сексуальной торговли (секс за деньги). Под партнерами из области сексуальной торговли, я имею в виду людей, с которыми у вас был оральным, вагинальным или анальным сексом в обмен на деньги, наркотики, продукты питания или жилье.

**39** В **прошлом месяце**, сколько раз вы давали сексуальным партнерам деньги или наркотики в обмен на секс?    количество раз

**40** В **прошлом месяце**, сколько раз сексуальный партнер давал вам деньги или наркотики в обмен на секс?    количество раз

Эта оценка документирует информацию о поведении участника. Эти вопросы требуют от участника предоставления конфиденциальной информации. Для увеличения количества честных и точных ответов важно показать участнику, что вся информация будет храниться в тайне и полной конфиденциальности.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 36</b>	"Основным партнером" является кто-то, кого вы считаете своей/своим женой/мужем/парнем/девушкой, с кем у вас оральный, вагинальный или анальный секс и с кем вы состоите в отношениях, по крайней мере, 3 недели. Не включайте никого, с кем у вас был случайный секс или в обмен на деньги, наркотики, продукты питания или место жительства.
-----------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(PHT) 181

Visit Code:   . 

Participant ID:

   -      -  -  

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Результаты Теста на ВИЧ—Партнер

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА НА ВИЧ

1	Дата сбора Образца # 1:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	или <input type="checkbox"/>	Не выполнено/ Не собрано Если не выполнено/ не собрано во время визита, на котором тестирование на ВИЧ необходимо в соответствии с протоколом, укажите причину в комментариях.
	1а. Были ли какие-либо из результатов теста на ВИЧ положительными или реактивными?	dd MMM yy	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2	Дата сбора Образца # 2:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	или <input type="checkbox"/>	Не выполнено/ Не собрано Если не выполнено/ не собрано во время визита, на котором тестирование на ВИЧ необходимо в соответствии с протоколом, укажите причину в комментариях.
	2а. Были ли какие-либо из результатов теста на ВИЧ положительными или реактивными?	dd MMM yy	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	2б. Код визита Образца #2:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		
3	Заключительный ВИЧ-статус:	<input type="checkbox"/> Отрицательный <input type="checkbox"/> Положительный <input type="checkbox"/> Неопределенный		

Комментарии (Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

Форма «**Результат теста на ВИЧ - Партнер**» фиксирует результаты тестирования на ВИЧ, выполненного на сайте во время назначенных и незапланированных визитов. Запишите результаты теста в этой форме, когда они поступят из местной лаборатории. Отправьте эту форму по факсу DataFax, когда окончательные результаты теста будут доступны и записаны.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Дата сбора образцов</b>	Запишите дату, когда был собран образец для этого визита (не дату, когда сообщили или занесли в форму результаты). Требуется полная дата.
----------------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-1) 185

Visit Code:   .

**Participant ID:**

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Assessment Date:

dd      MMM      yy

**Последующее Получение Услуг по Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс**

Следующие несколько вопросов касаются лекарств против ВИЧ под названием антиретровирусная терапия, которую вы можете принимать. Эти вопросы не касаются лекарств, которые вы можете принимать для лечения наркозависимости. Мы должны знать, что происходит на самом деле, а не то, что, по вашему мнению, мы "хотим услышать." Многим людям трудно принимать лекарства все время.

**1** С момента вашего последнего визита, обращались ли вы к врачу по поводу вашей ВИЧ-инфекции?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 2.

1a. Если да, то когда именно (укажите дату)?

dd      MMM      yy

1b. Сколько всего посещений клиники у вас было с момента вашего последнего визита в рамках исследования?   количество посещений клиники

**2** С момента вашего последнего визита в рамках исследования, кому вы раскрыли свой ВИЧ-статус? **Отметьте все подходящие варианты.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2a. Супруг/партнер/девушка-парень | <input type="checkbox"/> 2e. Друзья               |
| <input type="checkbox"/> 2b. Собственные дети              | <input type="checkbox"/> 2f. Другие               |
| <input type="checkbox"/> 2c. Родители                      | <input type="checkbox"/> 2g. Никто                |
| <input type="checkbox"/> 2d. Другие члены семьи            | <input type="checkbox"/> 2h. Отказываюсь отвечать |

**3** Сколько ваших партнеров по наркотикам (людей, с которыми вы употребляете инъекционные наркотики) знают, что у вас ВИЧ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Все мои партнеры              | <input type="checkbox"/> Менее половины моих партнеров |
| <input type="checkbox"/> Более половины моих партнеров | <input type="checkbox"/> Ни один из моих партнеров     |

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1а</b>	По возможности, запишите полную дату (день, месяц, год). Если полная дата не известна, запишите месяц и год.
-----------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-2) 186

Visit Code:

**Participant ID:**

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Последующее Получение Услуг по Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс**

**4** Кто оказывает вам наибольшую поддержку, помогая вам с получением помощи и лечения ВИЧ?

Медицинские работники (например, врачи или медсестры)

Ваш супруг/сожитель/долгосрочный партнер

Инъекционные партнеры

Коммерческие работники секс-бизнеса

Ваши мать и отец

Родители вашего мужа/вашей жены

Другие члены семьи

Священники/религиозные лидеры

Ваши соседи или члены общины

Друзья

Ваши работодатели

Другое, укажите:  
 Местный язык: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

**5** Как часто вы говорили с семьей или вашей «группой поддержки» (поддерживающим лицом) о ваших лекарствах для лечения ВИЧ-инфекции?

Более чем один раз в неделю       Раз в месяц

Один раз в неделю       Один раз

2-3 раза в месяц       Никогда

**6** С момента вашего последнего визита, говорил ли вам какой-либо ВИЧ-специалист, что начать АРТ необходимо для вашего здоровья?

Да

Нет

Неприменимо

**7** С момента вашего последнего визита, посещали ли вы ВИЧ-клинику с намерением начать АРТ?       Да       Нет

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 6</b>	Если участник не обращался к врачу по поводу ВИЧ-инфекции с момента своего последнего визита, отметьте "Не применимо".
----------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-3) 187

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Последующее Получение Услуг по Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс

**8** Вы в настоящее время принимаете ВИЧ-препараты (АРТ)?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 16 на странице 4.**

8а. Начиная с какой даты вы принимаете ВИЧ-препараты (АРТ)?         ИЛИ  С прошлого визита исследования

dd      MMM      yy

**9** С момента вашего последнего визита исследования, кому вы рассказали, что вы принимаете АРТ? Отметьте все подходящие варианты.

9а. Супруг/партнер/девушка-парень       9f. Другие

9b. Собственные дети       9g. Никто

9с. Родители       9h. Отказываюсь отвечать;

9d. Другие члены семьи       9i. Я не принимаю АРТ с момента моего последнего визита исследования

9е. Друзья

**10** С момента вашего последнего визита исследования, поменял ли ваш врач назначенные вам ВИЧ-препараты (АРТ)?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 11.**

10а. Были ли заменены ваши ВИЧ-препараты (АРТ) из-за побочных эффектов или по какой-то другой причине?  Побочные эффекты  Что-то другое

**11** Мы знаем, что очень трудно все время принимать ВИЧ-лекарства. Когда вы в последний раз пропустили прием любых доз вашего АРТ препарата?

В течение последней недели       3-4 недели назад       Никогда не пропускал(а) прием лекарства в течение последних 3 месяцев

1-2 недели назад       1-3 месяца назад      → **Конец формы.**

**12** В прошлом месяце, приблизительно сколько дней вы пропускали прием по крайней мере одной таблетки?   количество дней

**13** Пропускали ли вы прием по крайней мере, одной таблетки в течение последних четырех дней?  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 15 на странице 4.**

13а. В течение последних четырех дней, сколько дней вы пропускали прием по крайней мере одной таблетки?   количество дней

**14** Пропустили ли вы по крайней мере одну таблетку вчера?  Да  Нет

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-4) 188

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Последующее Получение Услуг по Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс

**15** В последний раз, когда вы пропустил прием по крайней мере одной таблетки, какой из следующих вариантов лучше всего описывает причину, почему это произошло? *Отметьте только один. Конец формы.*

- Я забыл
- У меня не было с собой лекарства в то время, когда я должен был его принять
- Я не хотел, чтобы окружающие люди видели, как я принимаю лекарство
- Я пытался избежать побочных эффектов
- Я чувствовал себя здоровым
- Я был пьян
- Я не совершал поступков, из-за которых я мог бы передать ВИЧ другим людям
- Я не верю, что лекарство мне полезно
- Не применимо – не пропускал прием таблеток
- Другое, укажите:

Местный язык: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

**16** Если вы принимали АРТ с момента вашего последнего визита, прекратили ли вы ее принимать? Под «прекратили» мы имеем в виду, что вы не принимали свои лекарства в течение последних 2 недель.  Да  Нет → **Если нет, перейдите к пункту 18.**

**17** Когда вы перестали принимать АРТ?

dd                  MMM                  yy

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на этой странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
--	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-5) 189

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-     -  -

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

Последующее Получение Услуг по Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс

		<i>Не актуально/ не применимо</i>		
		<i>Согласны</i>	<i>Не согласны</i>	
<b>18</b>	Иногда у пациентов возникают проблемы с приёмом препаратов для лечения ВИЧ (АРТ), вызванные личными обстоятельствами или условиями. По каким причинам Вы перестали принимать АРТ, или ещё не начали приём АРТ?			
	18a. Вы думаете, что вам это не нужно.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18b. Вы не успели обратиться в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18c. У вас нет энергии или мотивации идти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18d. Вы пропустили посещение врача, и поэтому трудно вернуться к приему.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18e. Вы были слишком больны, чтобы идти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18f. Ваше употребление наркотиков помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18g. Вы беспокоитесь о нежелательных побочных эффектах или осложнениях.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18h. Вы не понимаете, когда вы должны принимать каждую таблетку.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18i. Вы продали или потеряли свое лекарство, или ваше лекарство было украдено.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18j. Ваше употребление алкоголя помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18k. Вы должны были слишком долго ждать, поэтому вы ушли, не попав на прием к врачу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Иногда у пациентов возникают сложности с приёмом препаратов для лечения ВИЧ (АРТ), связанные с родными или кругом знакомых. По каким причинам Вы перестали принимать АРТ, или ещё не начали приём АРТ?			
	19a. Вам не хватает поддержки со стороны семьи или друзей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19b. Вы не хотите, чтобы другие знали, что у вас ВИЧ (например, видели как вы принимаете лекарство).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на этой странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
--	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-6) 190

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

*Site Number*      *Network Number*      *Chk*      *Cohort*

**Последующее Получение Услуг по Уходу и Лечению ВИЧ - Индекс**

<b>20</b>	У многих пациентов возникают сложности с приёмом препаратов для лечения ВИЧ (АРТ), и даже у тех, кто имеет предыдущий опыт приёма АРТ, связанные с системой здравоохранения/ организацией медицинских услуг. Назовите причины из этой сферы, по которым Вы перестали принимать АРТ, или ещё не начали приём АРТ?	<i>Согласны</i>	<i>Не согласны</i>	<i>Не актуально/ не применимо</i>
	20a. У вас нет необходимых материалов (например, документов, удостоверения личности, результатов тестирования), необходимых в клинике.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20b. АРТ – это слишком дорого.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20c. АРТ была недоступна.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20d. ВИЧ-специалист не продлевает вам назначение лекарства.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20e. Вы не знаете, как и где можно получить АРТ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20f. Вы считаете транспортировку/поездку в клинику сложной.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20g. Вы были в путешествии.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20h. Вы были в тюрьме или в заключении.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20i. Вы боитесь быть арестованным за употребление наркотиков.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20j. Вам нужно будет зарегистрироваться в государственных органах как потребителю наркотиков.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21** Есть ли другие причины, которые мешают Вам продолжать приём АРТ, или причины, по которым Вы ещё не начали приём АРТ?

*Местный язык:* \_\_\_\_\_

*English:* \_\_\_\_\_

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на этой странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
--	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(FSU-1) 201

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Assessment Date:

dd      MMM      yy

**Последующее Лечение Наркозависимости**

**1** С момента вашего последнего визита, пытались ли вы начать ЗПТ (метадон или бупренорфин) для лечения вашей наркозависимости?  Да       Нет      → **Если нет, перейдите к пункту 2.**

1а. Когда был ваш последний визит?

dd      MMM      yy

**2** Вы в настоящее время принимаете метадон или бупренорфин?  Да       Нет      → **Если нет, перейдите к пункту 3.**  
**Если да, и это первый раз, когда участник принимает ЗПТ во время исследования - заполните форму начала лечения наркозависимости.**

2а. В течение какого времени вы уже принимаете ЗПТ (метадон или бупренорфин)?   месяца

**3** Если вы получали лечение наркозависимости с момента вашего последнего визита, прекратили ли вы принимать ЗПТ или бупренорфин? Под «прекратили» мы имеем в виду, что вы не принимаете его по крайней мере 2 недели.  Да       Нет      → **Если нет, то конец формы.**

3а. Когда вы прекратили принимать метадон или бупренорфин?

dd      MMM      yy

Эта форма контролирует статус лечения наркозависимости участника на протяжении всего исследования.

Эта форма заполняется интервьюером.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FSU-2) 202

Visit Code:   . No data recorded on this page 

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Последующее Лечение Наркозависимости

Page 2 of 3

		<i>Согласны</i>	<i>Не согласны</i>	<i>Не актуально/ не применимо</i>
<b>4</b>	Иногда людям трудно продолжать принимать метадон или бупренорфин из-за личных ситуаций или обстоятельств. По каким причинам вы перестали принимать метадон или бупренорфин?			
4a.	Вы хотите продолжать употреблять инъекционные наркотики.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b.	Вы хотите сами справиться с вашей наркозависимостью или прекратить употреблять инъекционные наркотики самостоятельно.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c.	У вас были побочные эффекты или симптомы абстиненции.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d.	Ваше употребление инъекционных наркотиков помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e.	Ваше употребление наркотиков помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4f.	Вы были слишком больны, чтобы идти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4g.	Вы пропустили посещение врача, и поэтому трудно вернуться к лечению.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4h.	Вы можете сами решить проблему своей наркозависимости.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4i.	Вашу употребление алкоголя помешало вам пойти в клинику.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Иногда людям трудно продолжать принимать метадон или бупренорфин из-за семьи или друзей. По каким причинам вы прекратили прием метадона или бупренорфина?			
5a.	Вам не хватает поддержки со стороны семьи или друзей.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b.	Вы не хотите перестать видеться с друзьями, с которыми вместе употребляете инъекционные наркотики.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c.	Ваша семья возражает против лечения наркозависимости.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d.	Вам не хватает поддержки со стороны семьи или друзей.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Эта форма контролирует статус лечения наркозависимости участника на протяжении всего исследования.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на этой странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
------------------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074



(FSU-3) 203

Visit Code:   . No data recorded on this page 

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number		Network Number			Chk	Cohort	

## Последующее Лечение Наркозависимости

Page 3 of 3

6	Многим людям трудно продолжать принимать метадон или бупренорфин, даже если они ранее пытались, из-за проблем в системе здравоохранения/процессе получения лечения. По каким причинам вы не продолжили принимать метадон или бупренорфин?			
		Согласны	Не согласны	Не актуально/ не применимо
6a.	Слишком длинный список ожидания.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b.	У вас нет необходимых материалов (удостоверение личности, документы).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c.	Вы считаете, что начало лечения наркозависимости связано со слишком большим количеством хлопот.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d.	Вы не знаете, как и где можно получить лечение наркозависимости.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e.	Вы находите транспортировку/поездку в клинику сложной.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6f.	Вы были в путешествии.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6g.	Вы были в тюрьме или в заключении.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6h.	Вы боитесь быть арестованным за употребление наркотиков.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6i.	Вы боитесь потерять работу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6j.	Вас попросили покинуть ЗПТ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Есть ли другие причины, по которым вам трудно продолжать принимать метадон или бупренорфин?

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Эта форма контролирует статус лечения наркозависимости участника на протяжении всего исследования.

Эта форма заполняется интервьюером.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Нет данных на этой странице</b>	Отметьте этот квадрат, если на этой странице нет никаких данных, кроме ID участника, кода визита и инициалов персонала/даты.
--	--

(HPTN 074) DF/Net 074

(SNE-1) 210

Encounter #: **Note:** Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---  
 Site Number Network Number Chk Cohort

 Assessment Date:     
 dd MMM yy

## Встреча с Системным Навигатором

Page 1 of 3

1	ID Персонала: _____
2	Тип активности: <input type="checkbox"/> Начальная <input type="checkbox"/> Ежедневная/ежемесячная <input type="checkbox"/> Промежуточная
3	Контакт инициирован/по просьбе: <input type="checkbox"/> Системного навигатора <input type="checkbox"/> Участника <input type="checkbox"/> Психосоциального консультанта <input type="checkbox"/> Другое, укажите: <input type="checkbox"/> Агентства/клиники Местный язык: _____ English: _____ <input type="checkbox"/> Обозначенного участником поддерживающего лица
4	Тип встречи: <input type="checkbox"/> Личная (не дома) <input type="checkbox"/> E-mail/интернет <input type="checkbox"/> Контакт дома <input type="checkbox"/> Текст/SMS <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Другое, укажите: <input type="checkbox"/> Социальные медиа Местный язык: _____ English: _____
5	Принимает ли участник в настоящее время антиретровирусную терапию (АРТ)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6	Получает ли участник в настоящее время метадон или бупренорфин? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7	Есть ли у участника назначенное поддерживающее лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет → Если нет, перейдите к пункту 8 на странице 2.  7а. Участвовало ли поддерживающее лицо в этой контактной активности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  7б. Какое отношение имеет поддерживающее лицо к участнику? <input type="checkbox"/> Супруг/партнер/девушка-парень <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Отец/Мать <input type="checkbox"/> Другое, укажите: <input type="checkbox"/> Брат/сестра Местный язык: _____ English: _____ <input type="checkbox"/> Другой член семьи
Version 1.0, 21-JAN-15	
Russian	
Completed by: _____ (initials/date)	

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с системным навигатором. Заполняйте эту CRF каждый раз, когда у участника состоялся контакт с системным навигатором.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Номер встречи</b>	Нумеруйте встречи последовательно на протяжении всего исследования, начиная с 001. Не повторяйте номера встреч. Не изменяйте нумерацию встречи после отправки факсом, если об этом не проинструктирует SDMC.
<b>ID Персонала</b>	Определите сотрудника, проводящего встречи. Не используйте полные имена, запишите только инициалы сотрудника (первые буквы фамилии, имени). Если у более чем одного сотрудника совпадают инициалы, используйте также отчество.
<b>Тип активности</b>	Укажите, является эта коммуникация первоначальным, еженедельным или ежемесячным контактом, как указано в протоколе. Если контакт не является запланированной встречей или происходит из-за кризисного периода, укажите "промежуточный".



(HPTN 074) DF/Net 074

(SNE-2) 211

Encounter #: **Note:** Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number		Network Number			Chk	Cohort			

## Встреча с Системным Навигатором

Page 2 of 3

8	Общее количество минут активности:	0-5 минут	6-10 минут	11-15 минут
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Основной фокус контакта:	16-30 минут	31-60 минут	60+ минут
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Дополнительные области, которые были рассмотрены: <b>Отметьте все подходящие варианты.</b>	<input type="checkbox"/> Лечение от наркозависимости <input type="checkbox"/> Правовая/Судебная		
		<input type="checkbox"/> ВИЧ-услуги <input type="checkbox"/> Сексуальные медицинские услуги		
		<input type="checkbox"/> Программы обмена игл и шприцев <input type="checkbox"/> Социальные услуги		
		<input type="checkbox"/> Начало/поддержание АРТ <input type="checkbox"/> Священники/религиозные лидеры		
		<input type="checkbox"/> Помощь с главным назначенным поддерживающим лицом <input type="checkbox"/> Ваши соседи или члены общины		
		<input type="checkbox"/> Управление социальной сетью <input type="checkbox"/> Клиническое/медицинское руководство		
		<input type="checkbox"/> Дополнительная консультация <input type="checkbox"/> Другое, укажите:		
		Местный язык: _____		
		English: _____		
		<input type="checkbox"/> 10a. Лечение от наркозависимости <input type="checkbox"/> 10h. Правовая/Судебная		
		<input type="checkbox"/> 10b. ВИЧ-услуги <input type="checkbox"/> 10i. Сексуальные медицинские услуги		
		<input type="checkbox"/> 10c. Программы обмена игл и шприцев <input type="checkbox"/> 10j. Социальные услуги		
		<input type="checkbox"/> 10d. Начало/поддержание АРТ <input type="checkbox"/> 10k. Священники/религиозные лидеры		
		<input type="checkbox"/> 10e. Помощь с главным назначенным поддерживающим лицом <input type="checkbox"/> 10l. Ваши соседи или члены общины		
		<input type="checkbox"/> 10f. Управление социальной сетью <input type="checkbox"/> 10m. Клиническое/медицинское руководство		
		<input type="checkbox"/> 10g. Дополнительная консультация <input type="checkbox"/> 10n. Другое, укажите:		
		Местный язык: _____		
		English: _____		
Version 1.0, 21-JAN-15		Russian	Completed by: _____ (initials/date)	

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с системным навигатором. Заполняйте эту CRF каждый раз, когда у участника состоялся контакт с системным навигатором.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Номер встречи</b>	Нумеруйте встречи последовательно на протяжении всего исследования, начиная с 001. Не повторяйте номера встреч. Не изменяйте нумерацию встречи после отправки факсом, если об этом не проинструктирует SDMC.
----------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074



(SNE-3) 212

Encounter #: 

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

## Встреча с Системным Навигатором

Page 3 of 3

11 Оценка статуса клиента:

- У клиента нет непосредственных осложняющих психосоциальных проблем.
- У клиента есть усложняющие психосоциальные проблемы, которые несут минимальный риск для АРТ или приверженности лечению от наркозависимости.
- У клиента есть усложняющие психосоциальные проблемы, которые несут умеренный риск для АРТ или приверженности лечению от наркозависимости.
- У клиента есть усложняющие психосоциальные проблемы, которые несут серьезный риск для АРТ или приверженности лечению от наркозависимости.

12 Было ли сделано перенаправление на этой встрече?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 13.Куда было сделано перенаправление? **Отметьте все подходящие варианты.**

- ВИЧ-услуги (АРТ)  Программа обмена игл/шприцев
- Первоначальное лечение от наркозависимости  Консультирование по вопросам психического здоровья
- Повторное обращение за лечением от наркозависимости

13 Было ли заявлено о социальном воздействии на этой встрече?  Да  Нет

Если да, то заполните ИРФ "Журнал социального воздействия" для каждого воздействия. Если это промежуточный визит, также заполните ИРФ "Повторный Визит".

14 Было ли на этой встрече заявлено о серьезном неблагоприятном событии (СНС)?  Да  Нет

Если да, то заполните ИРФ "Журнал СНС" для каждого заявленного осложнения. Если это промежуточный визит, также заполните ИРФ "Повторный Визит".

15 Сообщил ли участник на этой встрече о начале приема каких-либо антиретровирусных препаратов для лечения?  Да  Нет

Если да, то заполните ИРФ "Начало АРТ Индекса". Если это промежуточный визит, также заполните ИРФ "Повторный Визит".

16 Сообщил ли участник о начале лечения от наркозависимости (ЗПТ) на этой встрече?  Да  Нет

Если да, то заполните ИРФ "Начало лечения от наркозависимости". Если это промежуточный визит, также заполните ИРФ "Повторный Визит".

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с системным навигатором. Заполняйте эту CRF каждый раз, когда у участника состоялся контакт с системным навигатором.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Номер встречи</b>	Нумеруйте встречи последовательно на протяжении всего исследования, начиная с 001. Не повторяйте номера встреч. Не изменяйте нумерацию встречи после отправки факсом, если об этом не проинструктирует SDMC.
----------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-1) 225

Encounter #:

**Note:** Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---  
 Site Number Network Number Chk Cohort

Assessment Date:      
 dd MMM yy

**Психосоциальная Встреча**

1 ID Консультанта: \_\_\_\_\_

2 Тип контакта:

- Посещение Сайта исследования*
- Контактный телефон*
- Контакт вне-сайта, укажите;*

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

3 Вид активности:

- Вступительная сессия*
- Первая сессия*
- Вторая сессия*
- Бустерная сессия*
- Сессия Индекса и поддерживающего лица*

4 Есть ли у участника назначенное поддерживающее лицо?  *Да*  *Нет* → **Если нет, перейдите к пункту 5 на странице 2.**

4a. Участвовало ли поддерживающее лицо в этой контактной активности?  *Да*  *Нет*

4b. Какое отношение имеет поддерживающее лицо к участнику?

- Супруг/партнер/девушка-парень*  *Друг*
- Отец/Мать*  *Другое, укажите:*
- Брат/сестра*
- Другой член семьи*

Местный язык: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с консультантом. Заполняйте эту ИРФ каждый раз, когда у участника состоялся контакт с консультантом.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>ID Консультанта</b>	Определите сотрудника, который будет проводить встречи. Не используйте полные имена, запишите только инициалы сотрудника.
----------------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-2) 226

Encounter #:

--	--	--

**Note:** Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Психосоциальная Встреча

Page 2 of 4

**5** Укажите фокус сессии. Отметьте все подходящие варианты.

- 5a. Как справляться с ВИЧ-инфекцией
- 5b. Раскрытие ВИЧ-статуса
- 5c. Снижение риска
- 5d. Приверженность к АРТ и/или разработка плана приверженности к лекарству
- 5e. Вовлечение в ВИЧ-услуги
- 5f. Коммуникативные навыки приверженности
- 5g. Коммуникативные навыки рискованного сексуального поведения
- 5h. Коммуникативные навыки рискованного поведения, касающегося употребления инъекционных наркотиков
- 5i. Отношения/Социальная поддержка
- 5j. ВИЧ-грамотность
- 5k. Другое, укажите: \_\_\_\_\_

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с консультантом. Заполняйте эту ИРФ каждый раз, когда у участника состоялся контакт с консультантом.



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-3) 227

Encounter #:

--	--	--

**Note:** Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Психосоциальная Встреча

Page 3 of 4

**6** Барьеры на пути к АРТ, которые были рассмотрены. Отметьте все подходящие варианты.

- 6a. Потребность в АРТ
- 6b. Трудности с приемом лекарства
- 6c. Время, чтобы пойти в клинику
- 6d. Проблемы, связанные с тем, чтобы добраться в клинику
- 6e. Проблемы/вопросы в клинике
- 6f. Ранее пропущенные встречи
- 6g. Слишком болен
- 6h. Препятствие в виде употребления алкоголя
- 6i. Препятствие в виде употребления наркотиков
- 6j. Нет еды/воды, чтобы принять лекарство
- 6k. Не понимаю, когда/как принимать лекарство
- 6l. Побочные эффекты/осложнения
- 6m. Поддержка семьи или друга
- 6n. Вопросы раскрытия статуса, в том числе страх случайного раскрытия, стратегии умышленного раскрытия
- 6o. Навигация структурных проблем, направление к системному навигатору
- 6p. Другое, укажите: \_\_\_\_\_ Местный язык: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_
- 6q. Барьеры не рассматривались

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с консультантом. Заполняйте эту ИРФ каждый раз, когда у участника состоялся контакт с консультантом.



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-4) 228

Encounter #:

**Note:** Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Психосоциальная Встреча**

**7** Рассмотренные барьеры к получению ММТ/бупренорфина. *Отметьте все подходящие варианты.*

- 7a. Потребность в АРТ
- 7b. Трудности с приемом лекарства
- 7c. Время, чтобы пойти в клинику
- 7d. Проблемы, связанные с тем, чтобы добраться в клинику
- 7e. Ранее пропущенные встречи
- 7f. Слишком болен
- 7g. Препятствие в виде употребления алкоголя
- 7h. Препятствие в виде употребления наркотиков
- 7i. Нет еды/воды, чтобы принять лекарство
- 7j. Не понимаю, когда/как принимать лекарство
- 7k. Побочные эффекты/осложнения
- 7l. Поддержка семьи или друга
- 7m. Навигация структурных проблем, направление к системному навигатору
- 7n. Другое, укажите: Местный язык: \_\_\_\_\_  
English: \_\_\_\_\_
- 7o. Барьеры не рассматривались

<b>8</b> Общее количество минут активности:	0–5 минут	6–10 минут	11–15 минут
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16–30 минут	31–60 минут	60+ минут
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9** В результате этого консультирования были ли предоставлены услуги системного навигатора?  Да       Нет

Используйте эту ИРФ в сочетании с Руководством по интервенции для документации встреч участника с консультантом. Заполняйте эту ИРФ каждый раз, когда у участника состоялся контакт с консультантом.



(HPTN 074) DF/Net 074

(SS) 230

Visit Code:   . 

## Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Хранение Образцов

## 1 ПЛАЗМА

Дата сбора образцов:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Хранится Не хранится Не собран Не требуется

1а. Причина, по которой не хранится или не собран:

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

## 2 ЗАМОРОЖЕННАЯ МОЧА

Дата сбора образцов:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Хранится Не хранится Не собран Не требуется

2а. Причина, по которой не хранится или не собран:

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

## 3 КАРТРИДЖ ВЫСУШЕННОЙ МОЧИ

Дата сбора образцов:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Хранится Не хранится Не собран Не требуется

3а. Причина, по которой не хранится или не собран:

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

## 4 ФИЛЬТРОВАЛЬНАЯ БУМАГА ВЫСУШЕННОЙ МОЧИ

Дата сбора образцов:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Хранится Не хранится Не собран Не требуется

4а. Причина, по которой не хранится или не собран:

Местный язык: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Комментарии (Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

Эта форма используется для документации хранения образцов, которые будут тестироваться в какой-либо лаборатории, кроме местной лаборатории сайта.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункты 1-4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Отметьте "не хранится", если образец был собран в соответствии с требованиями во время данного визита, но не был помещен на хранение.</li><li>• Отметьте "не собран", если образец должен быть собран и помещен на хранение во время данного визита, но он не был собран.</li><li>• Отметьте "не требуется", если образец не требуется, и он не был собран и помещен на хранение во время данного визита.</li></ul>
-------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(ACL) 232

Page:

**Participant ID:**

-     -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

**Date of Contact:**

*dd      MMM      yy*

**Контакт Агентства**

**1** Контакт по инициативе:

Системный навигатор

Консультант

Агентство/клиника

Другое, уточните: (Местный язык) \_\_\_\_\_ (English) \_\_\_\_\_

**2** Тип учреждения, с которым связались:

ВИЧ-клиника

Учреждение по лечению наркозависимости

Программа обмена шприцев и игл

Учреждение/консультант по психическому здоровью

Службы, связанные с сексуальным здоровьем

Социальные службы

Клинические/Медицинские службы

Правовые/Юридические

Другое, уточните: (Местный язык) \_\_\_\_\_ (English) \_\_\_\_\_

**3** Тип контакта:

Личный

Телефон

Email/Интернет

Текстовое сообщение/СМС

Другое, уточните: (Местный язык) \_\_\_\_\_ (English) \_\_\_\_\_

Эта форма документирует каждый контакт сотрудников исследования НРТН 074 с другими сайтами направления/агентствами, которые сделаны от имени участника-индекса. Одна форма **Контакта Агентства** должна быть предоставлена для каждого контакта.



(HPTN 074) DF/Net 074

(EXT) 315

Participant ID:

Site Number		Network Number				Chk	Cohort			

Form Completion Date:

dd		MMM		yy	

### Продолжение исследования

**1** Продолжено ли участие в HPTN 074?  Да  Нет → Если нет, перейдите к пункту 2.

1a. Если да, дата согласия:

dd		MMM		yy	

→ Конец формы.

**2** Какая основная причина почему участие не было продолжено? Отметьте один вариант.

- Смерть участника → Дата смерти: / /
- Решение исследователя, уточнить: \_\_\_\_\_
- Отказ от дальнейшего участия, уточнить: \_\_\_\_\_
- Перемена места жительства
- Заключение
- Принудительная реабилитация
- Нет контакта с участником
- Другое, уточнить: \_\_\_\_\_

**Цель:** Заполнение этой формы требуется для всех участников НРТН 074, независимо от того продолжили они участие или нет.



Эта форма используется для документации результатов CD4+ и вирусной нагрузки участника, которые были определены в соответствии с протоколом.

### Специфические для пунктов инструкции:

<b>Дата Первого Сбора Образцов</b>	Запишите дату, когда был собран первый образец для этого визита (не дату, когда сообщили или занесли в форму результаты). Требуется полная дата.								
<b>Не выполнено/ Не собран</b>	Отметьте это поле в случае, если образец не был собран, или если образец был собран, но результат недоступен из-за потери или повреждения образца.								
<b>Альтернативная дата сбора</b>	Эта дата должна быть записана ТОЛЬКО если образец был собран после даты первого сбора образца для этого же визита. Образец, собранный для того же визита, но в другой день, должен быть записан в той же форме, только если он был собран в пределах окна визита. Требуется полная дата.								
<b>Сообщение результатов/ Отчет о результатах</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Если образец был собран, но результаты не доступны, потому что образец был потерян или поврежден, зачеркните окно результатов, запишите инициалы и дату, и предоставьте объяснения в комментариях.</li> <li>Если лаборатория сайта не предоставляет результаты тестирования в единицах, используемых в этой форме, результаты должны быть конвертированы до того, как лабораторная форма будет отправлена факсом в SCHARP. Обратитесь к Специфическим для Исследования Процедурам (SSP) для получения инструкций по конвертации.</li> <li>Может потребоваться округлить результат, предоставленный лабораторией, в большую или меньшую сторону до уровня точности, допустим соответствии с формой (CRF).</li> </ul> <p>Если лаборатория сайта не предоставляет результаты тестирования в единицах, используемых в этой форме, то вначале выполните конвертацию, а затем, при необходимости, округлите результат конвертации.</p>								
<b>Пункт 2a</b>	Отметьте меньше чем (<), равно (=) или больше, чем (>) в соответствующих случаях и запишите значение. Например, если значение 3100 копий, отметьте поле «равно» (=) и запишите "0003100" в качестве значения. Если указанным значением является <400 копий, поставьте галочку в поле «меньше чем» (<) и запишите "0000400" в качестве значения.								
<b>Пункт 2b</b>	<p>Запишите четырехзначный код набора ПЦР РНК из приведенной ниже таблицы.</p> <table border="1" data-bbox="376 1489 1246 1702"> <thead> <tr> <th>Набор ПЦР РНК</th> <th>Код</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abbott m2000 Real-time</td> <td>0406</td> </tr> <tr> <td>Roche Cobas AmpliPrep / Cobas Tagman Ver. 1,0</td> <td>0108</td> </tr> <tr> <td>Roche Cobas AmpliPrep / Cobas Tagman Ver. 2,0</td> <td>0110</td> </tr> </tbody> </table>	Набор ПЦР РНК	Код	Abbott m2000 Real-time	0406	Roche Cobas AmpliPrep / Cobas Tagman Ver. 1,0	0108	Roche Cobas AmpliPrep / Cobas Tagman Ver. 2,0	0110
Набор ПЦР РНК	Код								
Abbott m2000 Real-time	0406								
Roche Cobas AmpliPrep / Cobas Tagman Ver. 1,0	0108								
Roche Cobas AmpliPrep / Cobas Tagman Ver. 2,0	0110								



(HPTN 074) DF/Net 074

(AE) 460

Page: 

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number		Network Number		Chk	Cohort		

 Date Reported to Site:      
  
 dd                      MMM                      yy

## Журнал Неблагоприятных Событий

1	Неблагоприятные события (НС): <i>Запишите диагноз на английском языке. Включите анатомическое расположение, если это применимо.</i>		
2	Дата появления:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		dd	MMM yy
3	Степень тяжести:	<input type="checkbox"/> 1-й класс (мягкая) <input type="checkbox"/> 3-й степени (тяжелая) <input type="checkbox"/> 5-ая степень (смерть) <input type="checkbox"/> 2-я степень (умеренная) <input type="checkbox"/> 4-ая степень (потенциально опасно для жизни)	
4	Отношение к продукту исследования:	<input type="checkbox"/> Относится <input type="checkbox"/> Не относится	<i>Если не относится, запишите обоснование или альтернативную этиологию в комментариях.</i>
5	Управление продуктом исследования:	<input type="checkbox"/> Без изменений <input type="checkbox"/> Проводится <input type="checkbox"/> Окончательно прекращен <input type="checkbox"/> Неприменимо	
6	Статус или результат Неблагоприятного События:	<input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Разрешен <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Интенсивность/частота увеличивается <b>(Сообщите как новое НС)</b> <input type="checkbox"/> Продолжается в конце участия в исследовании	
		ба. Дата Статуса/Результата: (Оставьте пустым, если Статус/Результат "продолжается.") <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd                      MMM                      yy	
7	Лечение: <i>Отметить "никакого" или все подходящие варианты.</i>	<input type="checkbox"/> Никакого <input type="checkbox"/> Лекарство(а) <input type="checkbox"/> Процедура/операция <input type="checkbox"/> Новая/продление госпитализации <input type="checkbox"/> Другое, укажите: _____ <i>Комментарий ниже.</i> <i>Комментарий ниже.</i>	
8	Является ли это событие Серьезным Неблагоприятным Событием (СНС) в соответствии с руководством ICH?	<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
9	Было или будет ли это НС сообщено по ускоренной процедуре (если ПНСПр)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
10	На каком визите впервые сообщили об этом НС? <i>Требуется код визита (обычный или промежуточный).</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> Код визита	

Комментарии

(Местный язык): \_\_\_\_\_

Комментарии

(English): \_\_\_\_\_

Для документирования НС 3-й степени или выше и только СНС. Если группу симптомов, изложенных на отдельных страницах Журнала НС, позже отнесли к одному диагнозу, измените самый ранний симптом на окончательный диагноз. Кроме того, отметьте страницы журнала НС с другими симптомами словами "Удалить в связи с диагнозом на странице НС номер..." (указать номер страницы диагноза НС).

### Специфические для пунктов инструкции:

<b>Страница</b>	Нумеруйте страницы последовательно на протяжении всего исследования, начиная с 001. Не повторяйте номера страниц. Не меняйте номера страниц Журнала НС после отправки факса, без получения соответствующих инструкций от SCHARP.
<b>Пункт 1</b>	Когда это возможно, предоставляйте диагноз вместо перечисления группы симптомов. Если никакой диагноз не поставлен, каждый симптом должен быть записан на отдельной странице Журнала НС. Если сообщили о ненормальном лабораторном значении, занесите лабораторный анализ с указанием направления (т.е. увеличение или снижение) отклонения.
<b>Пункт 2</b>	Требуется указать как минимум месяц и год. Запишите одно из следующих, по мере необходимости: дата, когда участник сообщил о первом случае НС; если НС обнаружено в ходе осмотра во время визита исследования, запишите дату осмотра на визите; если НС является аномальным результатом лабораторного анализа, запишите дату, когда был взят образец.
<b>Пункт 3</b>	Сообщайте только о НС 3-й степени и выше и только о СНС. Чтобы определить степень тяжести НС, обратитесь к <i>Таблице для определения степени тяжести НС у детей и взрослых Отдела по борьбе со СПИДом (DAIDS)</i> .
<b>Пункт 4</b>	Агент исследования определяется как текущее или последнее известное назначение АРТ и/или ЗПТ. Отметьте оценку взаимосвязи между НС и агентом исследования. Отметьте "связаны" если есть вероятность, что НС может быть связан с агентом исследования. Отметьте "не связаны", если нет обоснованной вероятности, что НС связан с агентом исследования. Если "не связаны", запишите альтернативную этиологию, диагноз или объяснение в комментариях. Для получения более подробной информации, обратитесь к <i>Руководству по ускоренному сообщению Отдела по борьбе со СПИДом (DAIDS) о неблагоприятных событиях, версия 2</i> .
<b>Пункт 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Без изменений:</b> Отметьте, если ожидается, что участник продолжит получать продукт исследования и НС не приводит к временной остановке или прекращению получения продукта исследования.</li> <li>• <b>Приостановка:</b> Отметьте, если НС приводит к приостановке получения продукта исследования. Если в течение одного визита сообщили о нескольких осложнениях, отметьте "приостановка" для тех НС, которые способствовали приостановке получения продукта.</li> <li>• <b>Окончательно прекращен:</b> Отметьте, если осложнение приведет к окончательной отмене получения продукта исследования. Если в течение одного визита сообщили о нескольких НС, отметьте "окончательно прекращен" только для того НС, который способствовал окончательному прекращению получения продукта.</li> <li>• <b>Н/п (не применимо):</b> Отметьте, если осложнение произошло после того, как участник завершил получение Продукта исследования, или продукт исследования приостановлен или окончательно отменен из-за другого НС или по другой причине, или НС - 5-й степени тяжести - смерть.</li> </ul>

<b>Пункт 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Продолжающийся:</b> осложнение продолжается в момент, когда о нем сообщили.</li> <li>• <b>Разрешившийся:</b> Заболевание прекратилось или вернулось к степени тяжести/ частоте перед регистрацией. Если участник принимает лекарства, чтобы контролировать НС, которое возникло во время участия в исследовании, оно не считается решенным.</li> <li>• <b>Смерть:</b> Отметьте только если степень тяжести этого НС – 5-я. Любые другие НС, продолжавшиеся в момент смерти, должны быть изменены на "Продолжались в конце участия в исследовании".</li> <li>• <b>Увеличилась степень тяжести /частота:</b> Если увеличивается степень тяжести или частота осложнения после того, как его занесли в ИРФ «Журнал НС», зачеркните ранее отмеченное окно "продолжающийся" и отметьте "увеличилась степень тяжести/частота." Запишите дату увеличения в "Дата Статуса/Результата». Сообщите об увеличении степени тяжести или частоты как о новом осложнении. Для этого нового НС, "Дата начала" будет датой увеличения степень тяжести или частоты. Обновите форму ускоренного сообщения о СНС, если это применимо. Обратите внимание, что уменьшение степени тяжести не должны быть записаны как новые НС.</li> <li>• <b>Продолжавшийся в конце участия в исследовании:</b> Отметьте это окно, если НС продолжается и в момент завершения исследования участником.</li> </ul>
<b>Пункт 6а</b>	Требуется указать, как минимум, месяц и год. Запишите одно из следующих, по мере необходимости: дату, когда участник прекратил испытывать осложнение; или дату визита исследования или забора образца, когда впервые было отмечено изменение статуса/ результатов.
<b>Пункт 7</b>	Укажите все процедуры, введенные для этого НС, в том числе лечение, предоставленное медработниками, и самолечение участника. Не указывайте лечение, которое было клинически установлено или предписано, но не было проведено.
<b>Пункты 8 и 9</b>	По поводу вопросов о руководящих принципах ICH и отчетности по ускоренного сообщения о СНС, обратитесь к <i>Руководству по ускоренному сообщению DAIDS о неблагоприятных событиях, версия 2.</i>



(HPTN 074) DF/Net 074

(MV) 463

Visit Code:   . 

Participant ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number		Network Number			Chk	Cohort	

Form Completion Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		MMM		yy	

**Пропущенный Визит**

1 Плановая дата визита:

dd                      MMM                      yy

2 Причина, по которой визит был пропущен. **Отметьте только один.**

- 2a. Не удается связаться с участником
- 2b. Невозможно назначить встречу(и) в течение окна
- 2c. Участник отказался от визита
- 2d. Участник в заключении
- 2e. Участник поступил в медицинский стационар
- 2f. Участник выбыл из исследования → **Заполните Форму завершения.**
- 2g. Участник умер → **Заполните Форму завершения. Заполните Журнал осложнений.**
- 2h. Участник выехал за пределы провинции для работы
- 2i. Другое - укажите:                      (Местный язык) \_\_\_\_\_
- (English) \_\_\_\_\_

Комментарии (Местный язык): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комментарии (English): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заполняйте эту форму каждый раз, когда зарегистрированный участник пропускает необходимый визит в соответствии с окном для визита, указанным в протоколе или в специфических для исследования процедурах (SSP).

Если Отчет по Контролю Качества указывает, что визит не актуален, убедитесь, что визит был пропущен до заполнения Формы пропущенного визита. Отправьте факсом эту форму, когда станет ясно, что визит был пропущен и не может быть выполнен во время окна для визита. Запишите код визита, который был пропущен. Запишите дату, когда была заполнена форма. Это не обязательно будет дата пропущенного визита.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1</b>	Запишите плановую дату визита. Требуется полная дата.
<b>Пункт 2</b>	Запишите причину, по которой участник пропустил визит.



Эта форма должна быть заполнена для каждого зарегистрированного участника на любом визите запланированного выхода из исследования / визите по случаю окончания исследования, или когда участник больше не участвует в исследовании.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1</b>	Запишите дату, когда участник заявил, что он/она не хочет продолжать участвовать в исследовании. Если завершение связано со смертью, укажите дату, когда сайту сообщили, что участник умер. Требуется полная дата.
<b>Пункт 2</b>	Отметьте только основную причину завершения.
<b>Пункт 2a</b>	<b>Визит запланированного выхода из исследования / конец исследования:</b> отметьте 2a только если участник выполняет последний визит в соответствии с протоколом.
<b>Пункт 2b1</b>	Если записывается дата - как минимум, требуются месяц и год.
<b>Пункт 2l</b>	<b>Раннее завершение исследования:</b> отметьте 2L только по поручению SCHARP.
<b>Пункт 2m</b>	Отметьте 2m только для сетевых партнеров.
<b>Пункт 3a</b>	Запишите номер страницы Журнала осложнений, на которой был записан АЕ. В ситуациях, когда с завершением связан более чем одно осложнение, запишите АЕ, которое оказало наибольшее влияние на решение о завершении. Если завершение связано с неподотчетным осложнением, запишите событие в строке "укажите".



**Цель:** Форма должна быть заполнена для всех участников зарегистрированных в продолжении, либо во время запланированного завершающего визита, либо когда участник прекратил участие.

**Специфические для пунктов инструкции:**

<b>Пункт 1</b>	Запишите дату, когда участник объявил, что не хочет продолжать участие в продолжении исследования. Если завершение связано со смертью, укажите дату, когда сайту сообщили, что участник умер. Требуется полная дата.
<b>Пункт 3</b>	Отметьте самую главную причину завершения участия в продолжении исследования.
<b>Пункт 3а</b>	<b>Запланированный визит/ окончание исследования:</b> отметьте 3а только если участник завершил последний визит предусмотренный протоколом продолжения исследования.
<b>Пункт 3b1</b>	Если записывается дата - как минимум, требуются месяц и год.
<b>Пункт 3I</b>	<b>Раннее завершение исследования:</b> отметьте 2L только по поручению SCHARP.
<b>Пункт 4а</b>	Запишите номер страницы Журнала осложнений, на которой был записан АЕ. В ситуациях, когда с завершением связан более чем одно осложнение, запишите АЕ, которое оказало наибольшее влияние на решение о завершении. Если завершение связано с неподотчетным осложнением, запишите событие в строке "укажите".



(HPTN 074) DF/Net 074

(PDL) 495

Page:

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Form Completion Date:

dd      MMM      yy

**Журнал Отклонений от Протокола**

<b>1</b>	Дата, когда был проинформирован сайт:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2</b>	Дата отклонения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		dd      MMM      yy			dd      MMM      yy
<b>3</b>	Было сообщено или будет ли сообщаться об этом отклонении местным IRB / EC?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
<b>4</b>	Было сообщено или будет ли сообщаться об этом отклонении DAIDS как о критическом событии?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
<b>5</b>	Тип отклонения:		<input type="text"/> <input type="text"/>	Код отклонения (Смотрите обратную сторону формы для списка кодов.)	
<b>6</b>	Описание отклонения (Местный язык):				
Описание отклонения (English):					
<b>7</b>	Планы и/или предпринятые действия для устранения отклонения (Местный язык):				
Планы и/или предпринятые действия для устранения отклонения (English):					
<b>8</b>	Планы и/или предпринятые действия для предотвращения повторения отклонения в будущем (Местный язык):				
Планы и/или предпринятые действия для предотвращения повторения отклонения в будущем (English):					
<b>9</b>	Об отклонении сообщил (имя сотрудника): _____				

## Специфические для пунктов инструкции:

<b>Цель</b>	Эта форма документирует и сообщает об отклонениях от протокола, выявленных для участников исследования.
<b>Общая информация /Инструкции</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проконсультируйтесь с Группой Управления HPTN 074 (074mgmt@hptn.org), чтобы подтвердить, относится ли событие к отклонениям от протокола, о которых следует сообщить в отчете.</li> <li>• После подтверждения заполняйте эту форму каждый раз, когда выявляется отклонение от протокола.</li> <li>• Отчетные отклонения от протокола определяются HPTN как отдельные инциденты, тенденции или бездействие, которые приводят к: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Существенному увеличению риска для участника</li> <li>- Значительному несоблюдению требований протокола</li> <li>- Значительному несоблюдению GCP (Good Clinical Practice)</li> </ul> </li> <li>• Если следует сообщить об отклонении, но оно не связано с участником (например, на сайте нет в наличии необходимых тестовых наборов), используйте PtID, который соответствует ниже представленному формату на форме Журнала отклонений от протокола: <ul style="list-style-type: none"> <li>- XXX-00000-0</li> <li>- Введите номер ID DataFax вашего сайта в первые 3 цифры, после которых идут нули. Нумеруйте страницы последовательно для совершенно новых записей отклонений от протокола с помощью этого PtID.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Страница</b>	Нумеруйте страницы последовательно для каждого участника, начиная с 01. Не присваивайте заново номера страниц, если форма будет отмечена для удаления.
<b>Пункт 2</b>	Запишите дату, когда произошло событие (дата начала).
<b>Пункт 5</b>	Запишите двузначный код категории, который лучше всего описывает тип отклонения. Если ни одна из перечисленных категорий не подходит, используйте "99" («другое»). Опишите специфику отклонения в пункте 6.
<b>Пункт 6</b>	Кратко опишите специфические детали отклонения.
<b>Пункт 9</b>	Запишите имя сотрудника сайта, который заполнил форму.

Код	Описание
01	<b>Неправомерное включение в исследование:</b> Участник был включен в исследование, но соответствовал не всем критериям включения.
02	<b>Несоблюдение проведения рандомизации исследования или процедур, которые обеспечивают проведение исследования «вслепую»:</b> Укажите случаи, когда сотрудники сайта не следовали процедурам рандомизации, или сотрудники аптеки не следовали процедурам выдачи продукта «вслепую».
03	<b>Отклонение, связанное с менеджментом продукта исследования:</b> сотрудники сайта не сказали участнику сделать перерыв, окончательно прекратить или возобновить использование продукта исследования в соответствии с требованиями протокола.
04	<b>Ошибка выдачи продукта исследования:</b> Участнику выдали не тот продукт исследования или участнику был выдан продукт исследования во время перерыва в приеме продукта. Не включайте информацию, относящуюся к назначению продукта исследования (коды продукта), в эту форму.
05	<b>Проведение не указанной в протоколе процедуры:</b> Была выполнена клиническая или административная процедура, которая не указана в протоколе и не соответствует местным стандартам медицинской практики.
06	<b>Нарушение конфиденциальности:</b> Укажите потенциальные и реальные случаи, когда была нарушена конфиденциальность участника. Например, сотрудник написал имя участника на регистрационной форме.
07	<b>Отклонение в физической оценке:</b> Примеры включают в себя регулярное невыполнение указанного в протоколе осмотра или оценки (один пропущенный осмотр во время одного визита участника не будет считаться отклонением от протокола, о котором следует доложить).
08	<b>Отклонение в оценке лаборатории:</b> Примеры включают в себя регулярное невыполнение указанного в протоколе лабораторного анализа (один пропущенный анализ во время одного визита участника не будет считаться отклонением от протокола, о котором следует доложить).
09	<b>Использование неутвержденных IRB/EC материалов:</b> Примеры включают в себя использование любых материалов, связанных с исследованием, которые не получили заключения IRB или EC для использования в соответствии с требованиями сайта.
10	<b>Нарушение процесса информированного согласия:</b> Примеры включают неспособность точно провести и/или задокументировать какую-либо часть процесса получения информированного согласия.
99	<b>Другое</b>