



ORDIN  
ПРИКАЗ

mun. Chișinău

„15” 06 2011

Nr. 488

**Cu privire la aprobarea  
formulelor de evidență,  
a activității cabinetelor  
de Consiliere și Testare Voluntară**

În scopul monitorizării și evaluării anuale a activității cabinetelor de Consiliere și Testare Voluntară (CTV), asigurării încheierii bilanțului anual/trimestrial, întocmirii centralizate a dărilor de seamă, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011,

**ORDON:**

1. Se aprobă:

„Darea de seamă statistică de ramură privind activitatea cabinetului de consiliere și testare voluntară HIV, Hepatitele Virale B,C” (formular nr. 25-săn.), în conformitate cu anexa nr.1;

„Registrul de evidență a vizitelor în Cabinetul de Consiliere și Testare HIV, Hepatite Virale B și C” (formular nr. 145-1/e), în conformitate cu anexa nr.2;

„Instrument de monitorizare a activității Cabinetului de Consiliere și Testare Voluntară”, în conformitate cu anexa nr.3.

„Formular de evaluare a conținutului consilierii”, în conformitate cu anexa nr.4.

2. Conducătorii Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcției Sănătate și Protecție Socială UTA Găgăuzia, Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, instituțiilor medico-sanitare publice republicane, spitale raionale, instituțiilor medico-sanitare departamentale și private vor asigura:

- 1) punerea în aplicare în instituțiile subordonate „Registrul de evidență a vizitelor în Cabinetul de Consiliere și Testare HIV, Hepatite Virale B și C” (formular nr. 145-1/e), începând cu data 01 aprilie 2011;
- 2) întocmirea dărilor de seamă statistice trimestriale și anuale, în conformitate cu formularul nr. 25-săn. „Darea de seamă statistică de ramură privind

activitatea cabinetului de consiliere și testare voluntară HIV, Hepatitele Virale B,C”, generat electronic din baza de date SI CTV, începând cu 01 ianuarie 2011;

- 3) familiarizarea cu formularele, conform cărora se va desfășura procesul de monitorizare și evaluare a activității cabinetelor de Consiliere și Testare Voluntară de către Centrul Național de Sănătate Publică, Centrul SIDA și Centru Național de Management în Sănătate.
3. Directorul general al Centrului Național de Management în Sănătate ( dl Oleg Barbă) va prezenta pentru multiplicare “Registrul de evidență a vizitelor în Cabinetul de Consiliere și Testare HIV, Hepatite Virale B și C” (formular nr. 145-1/e).

Controlul executării prezentului ordin se asumă dlui Mihai Magdei, viceministru.

**Ministru**



**Andrei USATÎI**

Formularele de evidență, a activității cabinetelor de Consiliere și Testare  
Voluntară

Nr de ord. № п/п	Denumirea formularului Наименование формы	Numărul formularului Номер формы	Aspectul Documentului Вид документа	Termen de păstrare Срок хранения	Forma-tul Формат
1	2	3	4	5	6
1	Registrul de activitate a cabinetului de consiliere și testare voluntară HIV, Hepatitele Virale B,C Журнал учёта посещений кабинета по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, вирусные Гепатиты В и С	145-1/e	Forma cu 2 file (1-a pagina titlu, a2-a pagină de conținut) форма 2 листа (1-я страница заголовок, 2-я страница содержание)	3 ani	A4
2	Raport trimestrial/anual de activitate a cabinetului de consiliere și testare voluntară HIV, Hepatitele Virale B,C Квартальный/годовой отчет деятельности кабинета по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С	25 săn.	Formă cu 4 file форма 4 листа	-	A4
3	Instrumentul de monitorizare și evaluare a activității cabinetului de consiliere și testare voluntară HIV, Hepatitele Virale B,C Протокол мониторинга и оценки работы кабинета по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, гепатиты В, С	-	Formă cu 3 file (5 pagini) форма 3 листа (5 страницы)	-	A4

Nr de ord. № п/п	Denumirea formularului Наименование формы	Numărul formularului Номер формы	Aspectul Documentului Вид документа	Termen de păstrare Срок хранения	Forma-tul Формат
1	2	3	4	5	6
4	Fișa de evaluare a abilităților consilierului Форма оценки навыков консультанта	-	fișa cu 1 filă ( 2 pagini) форма 1 лист ( 2 страници)	-	A4
5	Evaluarea sesiunii de consiliere pre-test HIV/Hepatitele virale B,C Оценка проведения консультации пре-тест ВИЧ / Вирусные гепатиты B, C	-	fișa cu 2 file ( 3 pagini) форма 2 листа ( 3 страници)	-	A4
6	Evaluarea sesiunii de consiliere post-test HIV/Hepatitele virale B,C rezultat negativ Оценка проведения консультации пост-тест ВИЧ / Вирусные гепатиты B, C отрицательный результат	-	fișa cu 1 filă ( 2 pagini) форма 1 лист ( 2 страници)	-	A4
7	Evaluarea sesiunii de consiliere post-test HIV/Hepatitele virale B,C rezultat pozitiv Оценка проведения консультации пост-тест ВИЧ / Вирусные гепатиты B, C положительный результат	-	fișa cu 1 filă ( 2 pagini) форма 1 лист ( 2 страници)	-	A4
8	Chestionar de evaluare a gradului de satisfacție a clientului despre	-	fișa cu 1 filă ( 2 pagini) форма 1 лист ( 2 страници)	-	A4

	serviciul de consiliere și testare voluntară Анкета для оценки степени удовлетворенности клиентов службы добровольного консультирования и тестирования				
--	---	--	--	--	--

**DAREA DE SEAMĂ STATISTICĂ DE RAMURĂ  
ОТРАСЛЕВАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОТЧЕТНОСТЬ**

Aneka nr.1  
la ordinul MS \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

**488 15.06.11**

<b>Denumirea: Наименование:</b>  	<b>DAREA DE SEAMĂ Nr.25-săn</b> (anuală/trimestrială)  <b>PRIVIND ACTIVITATEA CABINETULUI DE CONSILIERE ȘI TESTARE VOLUNTARĂ</b> <b>HIV/Hepatitele virale B,C</b>  <b>ОТЧЁТ №25-здрав.</b> (годовой/квартальный)  <b>О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ДОБРОВОЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ</b> <b>ВИЧ/Вирусные гепатиты В,С</b>	<p>In conformitate cu Legea Republicii Moldova Nr. 412-XV din 9.12.2004 «Cu privire la statistica oficială» organele statisticii oficiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au dreptul să obțină date statistice de la toate persoanele fizice și juridice, indiferent de forma de proprietate;</li> <li>- asigură confidențialitatea datelor individuale obținute și utilizarea lor numai în scopuri statistice.</li> </ul> <p>Refuzul, prezentarea cu întârziere a datelor statistice, prezentarea datelor eronate sau în volum incomplet constituie contravenție administrativă și se sancționează conform legislației în vigoare.</p> <p>В соответствии с Законом Республики Молдова N 412-XV от 9.12.2004 «Об официальной статистике» органы официальной статистики:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- имеют право получать статистические данные от всех физических и юридических лиц независимо от формы собственности;</li> <li>- гарантируют конфиденциальность полученных индивидуальных данных и их использование только в статистических целях.</li> </ul> <p>Отказ, представление статистических данных с опозданием, представление ошибочных данных или не в полном объеме являются административными правонарушениями и влекут за собой применение санкций в соответствии с действующим законодательством.</p>
<b>Adresa: Адрес:</b> 		
Raionul (municipiul) _____ Район (муниципий) _____		
Satul (comuna) _____ Село (коммуна) _____		
Strada _____ nr. _____ Улица _____		
Cod CUIFO _____ Код _____		
Cod INDO _____ Код _____		
Activitatea principală _____ Основной вид деятельности _____		
Cod CAEM, ediția 2005 _____		
Conducătorul _____ L.Ș. Руководитель _____ М.П.		
Numele și coordonatele executantului _____ Фамилия и координаты исполнителя _____		
DI (dna) _____ Tel: _____	Ziua _____ Luna _____ Anul _____ День _____ Месяц _____ Год _____	
e-mail _____		
	pentru trimestrul _____ 20____ за квартал _____ 20____  pentru anul 20____ за год 20____	<p align="center"><b>Prezintă:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IMSP/instituții medicale care au în componență cabinete de consiliere și testare voluntară, instituția medico-sanitară republicană, instituții medico-sanitare de pe lângă alte ministere și departamente, către CNSP, Centrul SIDA și Centrul Național de Management în Sănătate, secția de Monitorizare și Evaluare a Programelor Naționale de Sănătate până la data de 5 după perioada raportată trimestrial și anual.</li> </ul> <p align="center"><b>Представляют:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ПМСУ/медико-санитарное учреждение которые имеют кабинеты добровольного консультирования и тестирования, республиканское медико-санитарное учреждение, медико-санитарное учреждение при других министерствах и ведомствах- НИОЗ, Центру СПИД и Национальному Центру Менеджмента в Здравоохранении, отдел Мониторинга и Оценки Национальных Програм в Здравоохранении до 5 числа после отчетного периода квартального и годового.</li> </ul>

**Cazuri (pretest în perioada indicată)**

**1. Număr total cazuri consiliate (pretest)**

Urban		Rural		Bărbat		Femei		Total	
<b>Total</b>		<b>Bărbați</b>	<b>Femei</b>	<b>Anonim</b>		<b>Total</b>		<b>Bărbați</b>	<b>Femei</b>
Cons. HIV pretest						Cons. HV și HIV pretest			
Testați HIV						Testați HIV și HVB			
Cons. HIV posttest						Test. HIV și HVC			
Cons. HV pretest						Test. HIV și HVB și HVC			
Testați HVB						Cons. HIV și HV posttest			
Testați HVC									
Cons. HV posttest									

**2. Consilieri pre-test, asigurarea medicală**  
 Da  Nu  Necunoscut

**3. Adresabilitatea**  
 Autoadresare  La referirea lucrătorului medical

**4. Localul consilierii**  
 Centru consultativ   
 Spital   
 Departamentală   
 Centru prietenos tinerilor   
 Laborator

**5. Statutul civil**  
 Necăsătorit/ă și FĂRĂ partener permanent   
 Necăsătorit/ă și CU partener permanent   
 Căsătorit/ă   
 Divorțat/ă   
 Văduv/ă   
 NS/NR

**6. Grupul de vârstă**  
 < 15   
 15 - 19 ani   
 20 - 24 ani   
 25 - 34 ani   
 35 - 49 ani   
 50 +

**7. Distribuția după numărul de parteneri sexuali în ultimele 12 luni**  
 1  >1   
 Nici unul, fără debut viață sexuală   
 Nici unul, cu debut viață sexuală

**8. Distribuția în dependență de tipul relațiilor sexuale**  
 Vreodată   
 În ultimele 12 luni  
 Heterosexuale  Homosexuale  Bisexuale

**9. Sursele de informare despre CCT**  
 TV  Cunoscuți, prieteni, colegi  Internet  Partener sexual   
 Radio  Materiale informaționale  Lucrător medical  Parinți   
 Din presă  Pr. red.riscurilor/ lucrător outreach  Tel. Linia verde  Alte surse

**10. Au beneficiat anterior (în ultimele 12 luni) de testări, la**  
 HIV  HVB  HVC

**11. ITS în anamneză** Nu a avut rel. sexuale  Cu ITS  Fără ITS  Necunoscut

**12. Distribuția după rezultatele testării**  
 HIV +  -  ?   
 HVB   
 HVC

**13. Au fost în situații de risc**  
 a. Accident la locul de muncă, contact cu sînge   
 b. Tatuaj sau piercing   
 c. Manichiură, pedichiură   
 d. Victimă a unui viol   
 e. Detenție   
 f. Transfuzii de sînge/preparate de sînge   
 g. Intervenții medicale invazive

**14. Parteneri sexuali al gravidelor**

**15. Partener/ă în afara țării >1 lună continuu** > 12 luni în urmă  Ultimele 12 luni

**16. Număr prezervative distribuite**

**Beneficiari (pretest în perioada indicată)**

**1.1. Beneficiari în perioada de raportare (pre-test)**

Urban		Rural		Bărbat		Femei		Total	0
-------	--	-------	--	--------	--	-------	--	-------	---

**17. Cunoștințe corecte despre căile de transmitere**  
 HVB (5 întrebări)  HVB (6 întrebări)  HIV   
 HVC (5 întrebări)  HVC (6 întrebări)

**18. Pacienți TB**

**19. În detenție în ultimele 6 luni**

**20. La muncă în străinătate** > 12 luni în urmă  În ultimele 12 luni

**21. Din grupuri vulnerabile**

**Beneficiari, post-test în perioada indicată**

**1.2. Număr beneficiari care i-și cunosc rezultatul**

Urban		Rural		Bărbat		Femei		Total	
-------	--	-------	--	--------	--	-------	--	-------	--

Perioada de raportare: -

Numele, prenumele responsabilului \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Formularul Nr. 25-săn  
Anexa Nr.1

Codul testării	Total	Bărbați	Femei
100,4	0	0	0
100,18	0	0	0
100,22	0	0	0
100,24	0	0	0
101	0	0	0
102	0	0	0
102SS	0	0	0
103	0	0	0
104	0	0	0
105	0	0	0
105.1	0	0	0
106	0	0	0
107	0	0	0
108	0	0	0
109,15SS	0	0	0
109,151	0	0	0
109,152	0	0	0
109,17	0	0	0
110	0	0	0
110.1	0	0	0
111	0	0	0
112	0	0	0
112.1	0	0	0
113	0	0	0
113TB	0	0	0
113TB1	0	0	0
114	0	0	0
115	0	0	0
116	0	0	0
117	0	0	0
117TB	0	0	0
117TB1	0	0	0
118	0	0	0
119	0	0	0
120	0	0	0
121	0	0	0
125	0	0	0
130	0	0	0
200	0	0	0
201	0	0	0
207	0	0	0
213	0	0	0

Perioada

Data

Numele, prenumele persoanei responsabile \_\_\_\_\_



--

**Pretest in perioada indicată**

Grupul țintă	Total	Testați la			
		HIV	VHB	VHC	Cel puțin una
Femei gravide					
Cunosc rezultatul					
CDI					
Cunosc rezultatul					
BSB					
Cunosc rezultatul					
LSC					
Cunosc rezultatul					
Migranti					
Cunosc rezultatul					

**Pretest și posttest in perioada indicată**

Grupul țintă	Total	Testați la			
		HIV	VHB	VHC	Cel puțin una
Femei gravide					
CDI					
BSB					
LSC					
Migranti					

**Posttest in perioada indicată**

Grupul țintă	Total	Testați la			
		HIV	VHB	VHC	Cel puțin una
Femei gravide					
CDI					
BSB					
LSC					
Migranti					

\* Migranți (106) - persoane care revin de peste hotare după un termen mai mare de 3 luni

Perioada

-

Persoana responsabilă

\_\_\_\_\_

Data

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova  
Министерство Здравоохранения Республики Молдова

denumirea instituției  
наименование учреждения

Anexa nr 2

a ordinul MS din

16.08.11

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ

Formular Nr 145-I/e

Aprobat de MS al RM

**Registrul de evidență a vizitelor în Cabinetul de Consiliere și Testare HIV, Hepatite Virale B și C**

**Журнал учёта посещений Кабинета Консультирования и Тестирования на ВИЧ, вирусные Гепатиты В и С**

Numele, prenumele consilierului serviciul CTV \_\_\_\_\_ Număr de identificare   
Фамилия, имя, отчество консультанта службы ДКТ \_\_\_\_\_ Идентификационный номер

Localitatea (raionul, sectorul, municipiul) \_\_\_\_\_ codul   
Местность (район, сектор, муниципий) \_\_\_\_\_ код

Instituția \_\_\_\_\_ codul   
Учреждение \_\_\_\_\_ код

Început " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Terminat " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
Начат \_\_\_\_\_ Окончен \_\_\_\_\_



# Instrument de monitorizare a activității Cabinetului de Consiliere și Testare Voluntară

Data vizitei \_\_\_\_\_

Localitatea \_\_\_\_\_

**Data vizitei :** \_\_\_\_\_

**Localitatea:** \_\_\_\_\_

**Tipul localității:** Rurală  Urbană

**Denumirea instituției:** \_\_\_\_\_

**Tipul instituției:** MS/GUV  ONG  Altele \_\_\_\_\_

**Data începutului prestării serviciilor CTV de către această instituție:** \_\_\_\_\_

**Zilele de lucru:** Luni  Marți  Miercuri  Joi  Vineri  Sâmbătă  Duminică

**Orele de lucru:** \_\_\_\_\_

**Numele persoanei, care prestează servicii CTV** \_\_\_\_\_

**Sexul :** M  F

**Funcția:** \_\_\_\_\_

**Personal instruit pentru consilierea la HIV și hepatite:** Da  Nu

**Responsabilitățile:** Specialist CTV program deplin de muncă   
CTV este o responsabilitate adițională la funcția de bază

Primesc clienții referințele la serviciile psihosociale din comunitate și medicale care activează în domeniul HIV/SIDA și/sau hepatitelor virale B și C?		
Există un sistem de referință, inclusiv formulare/blanchete de referință pentru examenul de laborator la HIV și hepatite virale B și C ?		
Există un sistem de referință, inclusiv formulare/blanchete de referință pentru serviciile psihosociale din comunitate pentru referire la CTV?		
Fiecare client semnează acordul informat înainte de testarea la HIV și /sau hepatitele virale B și C ?		
Există materiale educaționale disponibile pentru clienți în cadrul instituției?		
Sunt aceste materiale disponibile clienților să le ia acasă?		
Este dotat cabinetul CTV cu mijloace personale de protecție (prezervative)?		
Corectitudinea completării registrului de activitate a cabinetului?		
Corectitudinea completării fișei de consiliere și evaluare a riscului de infectare cu HIV și/sau hepatitele virale B și C?		
Corectitudinea completării bazei de date în varianta electronică?		
Divergențe în baza de date electronică cu cea nominală (la momentul vizitei)?		
Validarea datelor ( la momentul vizitei)?		

### Observații

Întrebări	Da/Nu	Comentarii
Dispune instituția de personal instruit în prestarea serviciilor de consiliere în problemele HIV și hepatitelor B și C?		
Activitatea cabinetului CTV corespunde orelor de lucru stabilite?		
Există un birou/cabinet separat dedicat consilierii?		
Este acest birou/cabinet privat din punct de vedere vizual și auditiv?		
Discuția despre anamneza clientului sau concretizarea de ce clientul solicită aceste servicii, au loc în public?		
Există unele întreruperi ne esențiale în timpul consilierii și/sau testării rapide?		
I se spune fiecărui client că identitatea acestuia va fi păstrată în confidențialitate?		
Testarea anonimă este accesibilă?		
Cabinetul se încuie?		
Dulapul pentru pastrarea documentației se încuie?		
Sunt registrele electronice protejate prin parole?		
Cabinetul CTV dispune de acces la internet?		
Cabinetul CTV dispune de linie telefonica?		
Activitatea comisiei multidisciplinare în domeniul CTV?		
Ordin intern de organizare a serviciului CTV?		
Dispon consilierii de informație de contact în scris pentru a referi clienții la serviciile psihosociale din comunitate și medicale care activează în domeniul HIV/SIDA și/sau hepatitelor virale B și C?		

Recomandări:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Numele și funcțiile personalului interviuat:

---

---

---

---

---

---

---

---

Numele persoanei (lor ) care a (au) efectuat monitorizarea (numele și afilierea):

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Ștampila \_\_\_\_\_



## FORMULAR DE EVALUARE A CONȚINUTULUI CONSILIERII

### A) FIȘA DE EVALUARE A ABILITĂȚILOR CONSILIERULUI

Nume consilier: .....

Nume evaluator: .....

Locație: ..... Data completării:......./......./.....

*Evaluarea va fi realizată de coordonatorul local sau de un evaluator extern serviciului CTV.*

- Evaluarea se face  lunar  trimestrial  anual
- lunar pentru consilierii cu mai puțin de 6 luni vechime
  - trimestrial pentru consilierii cu vechime între 6 luni și 1 an
  - anual pentru consilierii cu mai mult de 1 ani vechime

ABILITĂȚI EVALUATE	SCOR				COMENTARII (în special în dreptul abilităților evaluate cu scorurile 2, 1 și 0)
	3- foarte bine,	2 - satisfăcător,	1 -necesită îmbunătățiri,	0 - neîndeplinit	
1. Stabilește legătura cu clientul și încurajează discuția utilizând contact vizual, limbaj verbal și non-verbal (ex.: poziția corpului, mimică, gestică, tonul vocii etc.)					
2. Are o atitudine de ascultare activă - manifestată atât prin limbaj verbal cât și non-verbal					
3. Are o atitudine înțelegătoare față de client (ex.: manifestă înțelegere față problemele și grijile acestuia)					
4. Manifestă respect față de intimitatea clientului					
5. Nu emite judecăți de valoare cu privire la valorile, credințele sau practicile clientului					
6. Folosește o balanță echilibrată de întrebări închise și deschise (de tipul „ce? cum? când?”) pentru a facilita comunicarea cu clientul					
7. Oferă informații într-un limbaj simplu, pe înțelesul clientului (evitând limbajul de specialitate, adaptându-se la limbajul clientului și corectând informațiile greșite/incomplete deținute de client).					

<b>8. Orientează clientul spre opțiuni de acțiune, nu-i dă directive.</b> Identifică împreună cu clientul obiectivele de prevenire a riscului, nu dă sfaturi și nu-i spune clientului ce are de făcut.					
<b>9. Oferă clientului timpul necesar</b> pentru a înțelege și asimila noțiunile prezentate					
<b>10. Prioritizează etapele sesiunii de consiliere</b> în funcție de reacțiile beneficiarului					
<b>11. Facilitează decizia clientului de a efectua testul HIV/hepatite virale B, C</b> – discută împreună cu clientul avantajele și dezavantajele cunoașterii statusului serologic					

**Scor TOTAL de evaluare =.....**

(se calculează ca sumă a scorurilor obținute pentru fiecare dintre abilitățile evaluate)

Pentru un scor total de **27 - 33** pct. -\* Abilități de consiliere foarte bune.

Pentru un scor total de **14 - 26** pct. -\* Abilități de consiliere satisfăcătoare. Se recomandă identificarea abilităților mai slab dezvoltate și orientarea consilierului (prin instruire punctuală, informare, asigurare feed - back) spre îmbunătățirea acestora.

Pentru un scor total de **0 - 13** pct. -\* Abilități de consiliere nesatisfăcătoare. Se recomandă reluarea cursurilor de consiliere și supervizarea atentă a consilierului în vederea îmbunătățirii/ dobândirii abilităților necesare.

**FORMULAR DE EVALUARE A CONȚINUTULUI CONSILIERII**

**B) FIȘA DE EVALUARE A SEȘIUNII DE CONSILIERE PRE-TESTARE  
HIV/HEPATITE VIRALE B, C**

1. **Numele și prenumele consilierului:** .....
2. **Data evaluării:** .....
3. **Numele și prenumele supervisorului:** .....
4. **Fisa de evaluare**                    
**lunara      trimestriala      anuală**
  - lunar pentru consilierii cu mai puțin de 6 luni vechime
  - trimestrial pentru consilierii cu vechime între 6 luni și 1 an
  - anuală pentru consilierii cu mai mult de 1 an vechime

**Indicații privind modalitatea de completare a fișei**

1. **Opțiunea „da”** se completează în cazul în care consilierul prezintă informațiile detaliat, complet, într-un limbaj adaptat nivelului de înțelegere al beneficiarului. Nu există omisiuni în ceea ce privește detaliile protocolului de consiliere sau informațiile prezentate.
2. **Opțiunea „nu”** se completează în cazul în care consilierul omite informații .
3. **Opțiunea „necesită îmbunătățire”** va fi completată în situația în care informațiile oferite sunt parțial corecte, sunt parțial corecte sau formulate greșit.
4. **Opțiunea „recomandări”** se completează în situația în care supervisorul face sugestii și recomandări care pot îmbunătăți calitatea sesiunii de consiliere

În completarea fișei de evaluare a sesiunii de consiliere, vă rugăm să bifați o singură opțiune dintre cele menționate.

<b>PAȘII SESIUNII DE CONSILIERE</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>	<b>Necesită îmbunătățire</b>	<b>Observații</b>
Consilierul se prezintă și prezintă activitatea cabinetului de consiliere și testare (CCT)				
Consilierul explică și respectă principiile confidențialității în consilierea și testarea HIV/hepatite virale B, C				
Consilierul informează clientul despre tipurile de testare (confidențială/anonimă)				
Consilierul cere informații legate de motivul prezentării la CCT (discuție)				
Consilierul oferă informații generale despre infecția HIV/SIDA, hepatitele virale B, C, căile de transmitere ale acestor infecții și modalitățile prin care acestea pot fi prevenite				
Consilierul prezintă și explică procesul de testare pentru infecția cu HIV, hepatitele virale B, C, inclusiv semnificația ferestrei imunologice				
Consilierul detaliază implicațiile și semnificația unui rezultat pozitiv/negativ				
Consilierul evaluează eventualele reacții ale persoanei testate în cazul unui rezultat pozitiv				
Consilierul prezintă avantajele testării partenerului și încurajează notificarea acestuia în vederea testării				
Consilierul evaluează împreună cu clientul factorii de risc ai acestuia				
Consilierul stabilește împreună cu clientul un plan de reducere a riscului de infectare cu HIV/hepatite virale B, C și intervalul de aplicare al acestui plan				
Consilierul oferă informații despre beneficiile cunoașterii statutului HIV/hepatite virale B, C				

PAȘII SESIUNII DE CONSILIERE	Da	Nu	Necesită îmbunătățire	Observații
Consilierul prezintă avantajele și importanța complianței la tratament ale unei persoane seropozitive și beneficiile tratamentului ARV/antiviral în cazul unui rezultat pozitiv				
Consilierul verifică dacă informațiile prezentate au fost înțelese și asimilate corect				
Consilierul informează clientul despre prevederile legale legate de consilierea și testarea la HIV/hepatite virale B, C, îngrijirile de care pot beneficia persoanele seropozitive, accentuând respectarea confidențialității testării și rezultatul acesteia				
Consilierul stabilește împreună cu clientul data la care se va comunica rezultatul testării sau acesta va reveni pentru o alta sesiune de consiliere				
Consilierul oferă clientului materiale informaționale, prezervative și face referire către serviciile psihosociale din comunitate				

**Comentarii:**

1.

2.

3. Semnătura supervisorului:..... Data :

**Consilier**

Sunt de acord cu evaluarea făcuta

Nu sunt de acord cu evaluarea făcuta

Comentariile consilierului:

1.

2.

3.

Semnătura consilierului:.....

Data:

**FORMULAR DE EVALUARE A CONȚINUTULUI CONSILIERII**  
**C) FISA DE EVALUARE A SESIUNII DE CONSILIERE POST-TESTARE**  
**HIV/HEPATITE VIRALE B, C PENTRU REZULTAT NEGATIV**

1. **Numele și prenumele consilierului:** .....
2. **Data evaluării:** .....
3. **Numele și prenumele supervisorului:** .....

Fisa se va completa  **lunar**  **trimestrial**  **anuală**

- lunar pentru consilierii cu mai puțin de 6 luni vechime
- trimestrial pentru consilierii cu vechime între 6 luni și 1 an
- anuală pentru consilierii cu mai mult de 1 ani vechime

**Indicații privind modalitatea de completare a fișei**

1. **Opțiunea „da”** se completează în cazul în care consilierul prezintă informațiile detaliat, complet, într-un limbaj adaptat nivelului de înțelegere al beneficiarului. Nu există omisiuni în ceea ce privește detaliile protocolului de consiliere sau informațiile prezentate.
2. **Opțiunea „nu”** se completează în cazul în care consilierul omite informații.
3. **Opțiunea „necesita îmbunătățire”** va fi completată în situația în care informațiile oferite sunt parțial corecte, sunt prezentate cu omisiuni sau formulate în mod greșit.
4. **Opțiunea „recomandări”** se completează în situația în care supervisorul face sugestii și recomandări care pot îmbunătăți calitatea sesiunii de consiliere.

În completarea fișei de evaluare a sesiunii de consiliere, va rugăm să bifați o singură opțiune dintre cele menționate.

<b>PAȘII SESIUNII DE CONSILIERE</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>	<b>Necesită îmbunătățire</b>	<b>Observații</b>
Consilierul comunică rezultatul într-o manieră clară				
Consilierul verifică dacă clientul a înțeles semnificația rezultatului negativ al testării				

<b>PAȘII SESIUNII DE CONSILIERE</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>	<b>Necesită îmbunătățire</b>	<b>Observații</b>
Consilierul rememorează împreună cu clientul etapele planului de reducere a riscului				
Consilierul rememorează împreună cu clientul avantajele consilierii și testării partenerului și încurajează testarea acestuia				
Consilierul referă clientul către alte servicii medicale sau de suport				
Consilierul oferă clientului materiale informaționale, prezervative				

**Comentarii:**

- 1
- 2
- 3

Semnătura supervisorului:.....Data:.....

**Consilier**

Sunt de acord cu evaluarea făcută     Nu sunt de acord cu evaluarea făcută

Comentariile consilierului:

- 1.
- 2.
- 3.

Semnătura consilierului:.....Data:.....

**FORMULAR DE EVALUARE A CONȚINUTULUI CONSILIERII**

**D) FIȘA DE EVALUARE A SEȘIUNII DE CONSILIERE POST-TESTARE  
HIV/HEPATITE VIRALE B, C PENTRU REZULTAT POZITIV**

1. **Numele si prenumele consilierului:** .....
2. **Data evaluării:** .....
3. **Numele și prenumele supervisorului:** .....

Fișa se va completa                    
**lunar      trimestrial      anual**

- lunar pentru consilierii cu mai puțin de 6 luni vechime
- trimestrial pentru consilierii cu vechime între 6 luni și 1 an
- semestrial pentru consilierii cu mai mult de 1 ani vechime

**Indicații privind modalitatea de completare a fișei**

1. **Opțiunea „da”** se completează în cazul în care consilierul prezintă informațiile detaliat, complet, într-un limbaj adaptat nivelului de înțelegere al beneficiarului. Nu există omisiuni în ceea ce privește detaliile protocolului de consiliere sau informațiile prezentate.
2. **Opțiunea „nu”** se completează în cazul în care consilierul omite informații.
3. **Opțiunea „necesita îmbunătățire”** va fi completată în situația în care informațiile oferite sunt parțial corecte, sunt prezentate cu omisiuni sau formulate în mod greșit.
4. **Opțiunea „recomandări”** se completează în situația în care supervisorul face sugestii și recomandări care pot îmbunătăți calitatea sesiunii de consiliere.

În completarea fișei de evaluare a sesiunii de consiliere, vă rugăm să bifați o singură opțiune dintre cele menționate.

<b>PAȘII SEȘIUNII DE CONSILIERE</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>	<b>Necesită îmbunătățire</b>	<b>Observații</b>
Consilierul comunică rezultatul într-o manieră clară și suportivă				
Consilierul verifică dacă clientul a înțeles semnificația unui rezultat pozitiv				



<b>PAȘII SESIUNII DE CONSILIERE</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>	<b>Necesită îmbunătățire</b>	<b>Observații</b>
Consilierul acorda timp și suportul necesar clientului pentru înțelegerea și acceptarea rezultatului				
Consilierul discută cu clientul despre implicațiile personale, familiale și sociale ale rezultatului pozitiv				
Consilierul identifică împreună cu clientul persoanele și suportul de care aceasta dispune				
Consilierul discută împreună cu clientul modalitatea de a comunica altor persoane rezultatul testării, precizând prevederile legale care stipulează drepturile și îndatoririle				
Consilierul rememorează împreună cu clientul modalitățile de prevenire a transmiterii infecției cu HIV/virusurile hepatice B, C				
Consilierul referă clientul către servicii medicale și/sau psiho-sociale				
Consilierul oferă clientului materiale informativ-educative specifice și oferă posibilitatea de a se planifica pentru o viitoare sesiune de consiliere, dacă clientul solicită acest lucru				

**Comentarii:**

1.

2.

Semnătura supervisorului:..... Data:.....

**Consilier**

Sunt de acord cu evaluarea făcută     Nu sunt de acord cu evaluarea făcută

Comentariile  
consilierului:

1.

2.

Semnătura consilierului:..... Data:.....

## FORMULAR DE EVALUARE A CONȚINUTULUI CONSILIERII

### E) CHESTIONAR DE EVALUARE A GRADULUI DE SATISFAȚIE AL CLIEŢILOR CABINETULUI DE CONSILIERE ŞI TESTARE VOLUNTARĂ

Vă mulțumim că ați folosit serviciile cabinetului de consiliere și testare voluntară! Prin completarea acestui chestionar, care evaluează gradul dumneavoastră de satisfacție cu privire la cabinetul nostru, ne ajutați să ne îmbunătățim activitatea și capacitatea de a oferi un serviciu de calitate. Completarea acestui chestionar vă poate lua între 5 și 10 minute. Vă rugăm să parcurgeți cu atenție întrebările de mai jos și să bifați unul din răspunsuri.

Vă mulțumim!

1. Cât timp ați așteptat până când ați fost primit/primită de consilier?  
 mai puțin de 30 min     între 30 min și 1 oră  
 între 1-2 ore                     mai mult
2. Cum ați fost întâmpinat/întâmpinată de consilier?  
 bine     neutru     rece
3. V-a explicat consilierul care este scopul discuției?  
 da             nu             N/R (nu răspund)
4. V-a ajutat consilierul să vă simțiți liber/liberă să discutați despre lucrurile care vă îngrijorează?  
 da             nu             N/R
5. Ați simțit că ați fost ascultat/ascultată de consilier?  
 da             nu             N/R
6. Considerați că ați fost înțeles/înțeleasă de consilier în legătură cu problemele care vă îngrijorează?  
 da             nu             N/R
7. Vă simțiți asigurat/asigurată că toate discuțiile între dvs. și consilier vor rămâne confidențiale ?  
 da             nu             N/R
8. Ați clarificat comportamentul Dvs. riscant de infectare cu HIV, hepatite virale B, C?  
 da             nu             N/R
9. Ați discutat necesitatea dezvoltării rezultatului testării Dvs. partenerului?  
 da             nu             N/R
10. Ați discutat despre folosirea prezervativului ?  
 da             nu             N/R
11. Consilierul s-a simțit jenat în a discuta despre aceste probleme cu dvs.?  
 da             nu             N/R

12. Vi s-a arătat cum se folosește prezervativul?

da       nu       N/R

13. A fost consilierul respectuos cu dvs.?

da       nu       N/R

14. Discuția cu consilierul s-a realizat într-un spațiu privat, confidențial și potrivit consilierii?

da       nu       N/R

15. Considerați că ați avut destul timp la dispoziție pentru discuția cu consilierul?

da       nu       N/R

16. Cât timp (cu aproximație) considerați că a durat discuția cu consilierul?

mai puțin de 10 minute    15-20 minute    mai mult de 30 de minute

17. Considerați că ați primit toate informațiile de care aveți nevoie?

da       nu       N/R

18. Veți recomanda consultarea Centrului de Consiliere și Testare și altor persoane?

da       nu       N/R

Dacă nu, care este cauza

---

19. Care este părerea dvs. generală asupra serviciului oferit de Cabinetul de Consiliere și Testare?

foarte bună       bună       proastă

Dacă doriți să ne recomandați sau să ne comunicați ceva, vă rugăm să scrieți în spațiul de mai jos:

---

Sexul       masculin       feminin

Vârsta dvs. \_\_\_\_\_ ani , Data completării chestionarului...../...../.....

**Vă mulțumim pentru răbdare și timpul acordat ! Vă rugăm să plasați chestionarul în cutia de carton special destinată colectării chestionarelor!**