

Додаток 3  
до Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом  
(пункт 4 розділу III)

### КАРТКА

отримувача послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом

Код отримувача послуг	Надавач послуг
Телефон:	Адреса проживання:
Найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи - підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики	Вік: Стать: <input type="radio"/> Ч <input type="radio"/> Ж

Дозвіл на контакт з родичами/друзями стосовно лікування:  
 ні

так

Родичі, що живуть з отримувачем послуг:

кількість дітей \_\_\_\_\_

кількість дорослих \_\_\_\_\_

Контактна інформація родичів/друзів:

---

---

---

---

---

---

---

<p><b>Наявність документів, що посвідчують особу та підтверджують її спеціальний статус:</b></p> <p><input type="radio"/> так      <input type="radio"/> ні</p> <p><input type="radio"/> прострочений (фото)</p> <p><input type="radio"/> зіпсований</p> <p><b>Встановлення інвалідності:</b></p> <p><input type="radio"/> так      <input type="radio"/> ні</p>	<p><b>Наявність соціальних/інших виплат:</b></p> <p><input type="radio"/> пенсія (через Пенсійний фонд при наявності страхового стажу)</p> <p><input type="radio"/> державна соціальна допомога (через управління праці та соціального захисту населення (УСЗН))</p> <p><input type="radio"/> лікарняний</p> <p><input type="radio"/> виплати відсутні</p>	<p><b>Місце проживання:</b></p> <p><input type="radio"/> власне житло</p> <p><input type="radio"/> гуртожиток</p> <p><input type="radio"/> орендоване житло</p> <p><input type="radio"/> притулок</p> <p><input type="radio"/> має житло але не може в ньому проживати</p> <p><input type="radio"/> проживає у родичів або друзів</p> <p><input type="radio"/> не має житла, ночує де прийдеться</p>
<p><b>Професійні навички:</b></p> <p><input type="radio"/> має спеціальність</p> <p><input type="radio"/> має декілька спеціальностей</p> <p><input type="radio"/> не має, але бажає отримати</p> <p><input type="radio"/> не має спеціальностей/ не бажає працювати</p>	<p><b>Статус зайнятості:</b></p> <p><input type="radio"/> Офіційно працевлаштовано (трудова угода, цивільно-правовий договір)</p> <p><input type="radio"/> Самозайнятість (ФОП)</p> <p><input type="radio"/> Неофіційно працевлаштовано</p> <p><input type="radio"/> Пенсіонер за віком</p> <p><input type="radio"/> Догляд за дитиною до 3-х років</p> <p><input type="radio"/> Не працевлаштований (а)</p> <p><input type="radio"/> Безробітній (облік в центрі зайнятості)</p> <p><input type="radio"/> Навчання</p>	<p><b>Наявність реєстрації місця проживання ("прописки")</b></p> <p><input type="radio"/> без реєстрації</p> <p><input type="radio"/> Реєстрація _____</p> <hr/> <p><b>Наявність декларації з сімейним лікарем:</b></p> <p><input type="radio"/> так      <input type="radio"/> ні</p>

**Яким чином Ви вирішуєте проблеми (фінансові, соціальні тощо), що трапляються у Вашому житті?**

---



---



---



---

**Хто Вам допомагає у складній ситуації?**

Родичі

Друзі

Сусіди

Інше

### Проблеми пов'язані з захворюванням на туберкульоз

Через які психологічні та соціальні проблеми Ви можете перервати (чи припинити) щоденний прийом протитуберкульозних препаратів?

- Віддаленість від місця видачі ліків
- Брак коштів на проїзд в медичний заклад
- Стигма з боку медпрацівників
- Страх розголошення діагнозу
- Інше

Чи важлива для Вас думка батьків/сім'ї?

- Важлива
- Дуже важлива
- Не важлива

Чи змінилося Ваше життя у зв'язку з хворобою?  Так  Ні

Якщо так, то на що саме змінилося?

- Здатність забезпечити сім'ю
- Здатність самостійно доглядати за собою
- Можливість спілкуватися з близькими/друзями
- Інше

Яким чином Ви справлялися з проблемами (фінансовими, соціальними, іншими), що траплялися у Вашому житті?

Хто Вам допомагає у складних ситуаціях?

- Родичі: \_\_\_\_;
- Друзі: \_\_\_\_;
- Сусіди: \_\_\_\_;
- Інше

Які Ваші сильні сторони характеру?

**Що, на Вашу думку, може негативно вплинути на Вашу прихильність до лікування чи змусити припинити лікування?**

---



---

**Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?**

- 1 раз у місяць: \_\_\_\_;  
 1 раз у тиждень: \_\_\_\_;  
 Щодня: \_\_\_\_;  
 Не вживаю: \_\_\_\_\_.

**Чи вживали Ви наркотичні речовини?**

- Так (якщо так, вкажіть які і як часто) \_\_\_\_\_  
 Ні \_\_\_\_

**Чи траплялися у Вас випадки агресії/насилля по відношенню до людей?\***

- Так \_\_\_\_  
 Ні \_\_\_\_

\*Дізнайтеся у лікуючого лікаря про поведінку отримувача послуг під час лікування в стаціонарному відділенні

**Короткий виклад визначених проблем**

---



---



---



---

**Заходи, спрямовані на подолання проблем**

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
(ПІБ отримувача послуг)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(Дані надавача послуг)

---