**Анкета №1**

**Базовый опросник «Оценка приверженности пациента к лечению»**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата Кто опрос проводил Ф.И.О. пациента  | Лицо, заполняющее форму |
| Фтизиатр |
| Ответы будут использованы для планирования мероприятий, чтобы помочь пациенту соблюдать режим лечения по установленной схеме. В случае, если пациент не захочет ответить на какой-ли- бо вопрос, пропустите его. Спасибо! |
| **ИНФОРМИРОВАНННОСТЬ ПАЦИЕНТА** |
| **Вопросы** | **Да** | **Нет** |
| 1. Готов ли пациент принимать все назначенные препараты для лечения? |  |  |
| 2. Уверен ли пациент в эффективности лечения? |  |  |
| 3. Знает ли пациент о развитии устойчивости к препаратам в случае пропу- ска приема препаратов? |  |  |
| **ВОЗМОЖНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ** |
| 1. Имеется ли поддержка близких и членов семьи у пациента во время лечения? |  |  |
| 2. Не ощущает ли пациент негативное отношение (стигму/дискриминацию) со стороны окружения, членов семьи и друзей? |  |  |
| 3. Не планирует ли пациент уехать в трудовую миграцию в ближайшее вре- мя (в течение года) |  |  |
| **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА (PQ9)** |
| 1. Бывает ли у пациента подавленное настроение в течение большей части дня, почти каждый день? |  |  |
| 2. Отмечается ли у вас потеря радости и интереса ко всему в течение боль- шей части дня, почти каждый день? |  |  |
| **КРИТЕРИИ СООТВЕТСТВИЯ VST** |
| 1. Возраст пациента старше 18 лет |  |  |
| 2. Имеет ли пациент навыки пользования гаджетами (смартфонами, план- шетами и др.) |  |  |
| 3. Имеет ли пациент доступ к интернету? |  |  |
| 4. Имеется ли информированное согласие пациента на участие в VST? |  |  |
| 5. Получение лечения в амбулаторных условиях и наличие приверженности к лечению? |  |  |
| **ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ** |
| Наличие вредных привычек, которые могут повлиять на приверженность пациента к лечению (алкоголь, наркотики и др.) |  |  |

**Анкета №2**

**Анкета №2 «Причины низкой приверженности пациента к лечению»**

Дата

ФИО пациента Заполнил врач

|  |  |
| --- | --- |
| Пожалуйста, отметьте знаком «√» причину пропуска приема препаратов | (√) |
| **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИЧИНЫ** |  |
| 1. Проблемы с доступностью лечебных услуг (большое расстояние до ЛПУ, пере- груженность медперсонала/на участке/нет на месте, | **☐** |
| 2. Был(а) занят(а) другими делами/перегруженность домашними делами | **☐** |
| 3. Просто забыл(а) | **☐** |
| 4. Произошли изменения в распорядке дня /появились неожиданные дела | **☐** |
| 5. Закончились препараты | **☐** |
| **ПРИЧИНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ИНФОРМАЦИЕЙ О БОЛЕЗНИ, ЛЕЧЕНИИ** |  |
| 1. Нежелание пациента афишировать прием лекарств, посещение медучрежде- ния | **☐** |
| 2. Страх появления побочных эффектов | **☐** |
| 3. Казалось, что препараты токсичны/вредны | **☐** |
| 4. Не хотел принимать по религиозным убеждениям | **☐** |
| 5. Чувствовал(а) себя хорошо и посчитал, что дальше принимать препараты не надо | **☐** |
| **ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ** |  |
| 1. Отсутствие времени для посещения ЛПУ и получения лечения в связи с не- правильным распределением обязанностей и нагрузкой в семье | **☐** |
| 2. Внутрисемейная стигма и дискриминация | **c** |
| 3. Наличие маленьких детей без поддержки по их уходу | **☐** |
| 4. Проявление домашнего насилия в семье пациента (психологическое, физиче- ское, экономическое) | **☐** |
| **НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ** |  |
| 1. Ухудшение самочувствия после приема лекарств | **☐** |
| 2. Нежелательные реакции в связи с приемом таблеток без соблюдения необхо- димых условий (с пищей, на голодный желудок и т. д.) | **☐** |
| **СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ** |  |
| 1. Проблемы, возникающие из-за изменения поведения вследствие употребле- ния алкоголя/наркотиков | **☐** |
| **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ (тревоги, депрессии)** | **☐** |
| 1. Наблюдается потеря веса или его увеличение | **☐** |
| 2. Беспокоит бессонница или сонливость | **☐** |
| 3. Отмечается возбуждение или заторможенность | **☐** |
| 4. Усталость, упадок или недостаток сил | **☐** |
| 5. Ощущение бесполезности, несправедливое чувство вины (заниженная само- оценка) | **☐** |
| 6. Снижение концентрации, сосредоточенности мыслей, нерешительность | **☐** |
| 7. Повторяющиеся мысли о смерти, суициде | **☐** |

## Анкета №3

**Анкета №3 «Оценка потребности ТБ пациента в социальной поддержке»**

Дата

ФИО пациента

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | * имеет иждивенцев (сколько , какого возраста )
* пациент - мигрант
* пациент не имеет источника дохода
* БОМЖ, не имеет регистрации
* не имеет возможности полноценного питания
* пациент - лицо, освобожденное из мест заключения
* лицо, употребляющее инъекционные наркотики (ЛУИН)
* алкогольная зависимость
* не может посещать медучреждение без сопровождения
* планирует трудовую миграцию
* пациент не дееспособен в отношении вопросов собственного здоровья
* ЛЖВ
* другое
 |
| **Заключение оценки** | * не нуждается
* нуждается
 |
| **Категория социальной поддержки** | * продуктовые пакеты
* транспортные расходы
* содействие в получении медицинских услуг
* услуги по социальному сопровождению
* временное место для проживания
* юридическая консультация
* восстановление документов
* льготы на оплату коммунальных услуг/освобождение от опла- ты
* освобождение от налогов
* помощь в бытовых услугах
* другие (указать)
 |

## Анкета № 4

**Анкета №4 «Шкала тревоги и депрессии»**

Этот опросник разработан для того, чтобы понять, как пациент себя чувствует. Пациент совместно с врачом должен заполнить данный вопросник.

Дата

ФИО пациента

|  |  |
| --- | --- |
| **Я испытываю напряженность, мне не по себе*** 3 все время
* 2 часто
* 1 время от времени
* 0 совсем не испытываю
 | **Д� Мне кажется, что я стал все делать очень медленно*** 3 практически все время
* 2 часто
* 1 иногда
* 0 совсем нет
 |
| **Т� Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь*** 0 совсем не испытываю
* 1 иногда
* 2 часто
* 3 очень часто
 | **Д� То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство*** 0 определенно, это так
* 1 наверное, это так
* 2 лишь в очень малой степени это так
* 3 это совсем не так
 |
| **Т� Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться*** 3 определенно, это так, и страх очень сильный
* 2 да, это так, но страх не очень сильный
* 1 иногда, но это меня не беспокоит
* 0 совсем не испытываю
 | **Д� Я не слежу за своей внешностью*** 3 определенно, это так нужно
* 2 я не уделяю этому столько времени, сколько
* 1 может быть, я стал меньше уделять этому внимания
* 0 я слежу за собой так же, как и раньше
 |
| **Т� Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться*** 3 определенно, это так
* 2 наверное, это так
* 1 лишь в некоторой степени это так
* 0 совсем не испытываю
 | **Д� Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное*** 0 определенно, это так
* 1 наверное, это так
* 2 лишь в очень малой степени это так
* 3 совсем не способен
 |
| **Т� Беспокойные мысли крутятся у меня в голове*** 3 постоянно
* 2 большую часть времени
* 1 время от времени и не так часто
* 0 только иногда
 | **Т� Беспокойные мысли крутятся у меня в голове*** 3 постоянно
* 2 большую часть времени
* 1 время от времени и не так часто
* 0 только иногда
 |
| **Т� У меня бывает внезапное чувство паники*** 3 очень часто
* 2 довольно часто
* 1 не так уж часто
* 0 совсем не бывает
 | **Д� Я испытываю бодрость*** 3 совсем не испытываю
* 2 очень редко
* 1 иногда
* 0 практически все время
 |
| **Т� Я легко могу сесть и расслабиться*** 0 определенно, это так
* 1 наверное, это так
* 2 лишь изредка это так
* 3 совсем не могу
 | **Д� Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы*** 0 часто
* 1 иногда
* 2 редко
* 3 очень редко
 |

\*Т- тревога, Д- депрессия

Сумма баллов по шкале тревоги:

Сумма баллов по шкале депрессии:

## Анкета №5

**Анкета №5 «Нежелательные реакции от приема противотуберкулезных препаратов»**

**ИНСТРУКЦИИ:** пожалуйста, отметьте знаком «√», при положительном ответе.

|  |
| --- |
| **Беспокоят ли пациента какие-либо из перечисленных симптомов во время приема препаратов?** |
| 1. | Умеренная боль в желудке, однократная тошнота или рвота |  |
| 2. | Снижение аппетита |  |
| 3. | Головная боль, головокружение |  |
| 4. | Бессонница или, наоборот сонливость |  |
| 5. | Онемение и покалывание в пальцах рук и ног или боли |  |
| 6. | Аллергические реакции (сыпь, зуд, приступы чихания, заложенность носа, сонливость и т. д.) |  |
| 7. | Пожелтение кожи, потемнение цвета мочи, обесцвечивание кала |  |
|  | Есть ли у вас депрессия (чувство тревоги, отчаяния, постоянной усталости, снижение самооценки, равнодушие к окружающей жизни, избегание контактов с прежними людьми) |  |
| 8. | Сердцебиение, ощущение сдавления за грудиной, с холодным потом, неожиданное обморочное состояние |  |
| 9. | Другие (указать) |  |

## Анкета №6

**Анкета №6 «Мониторинг эффективности лечения» ИНСТРУКЦИИ:** Пожалуйста, отметьте знаком «√», при положительном ответе.

|  |
| --- |
| **Основные критерии оценки эффективности лечения** |
| 1. | Конверсия микроскопии мокроты и культуры наступила: |  |
|  | На 2-ом месяце лечения |  |
|  | К концу 4 месяца лечения |  |
|  | К концу интенсивной фазы |  |
|  | Не наступила |  |
|  | Не известно |  |
| 2. | Динамика рентгенограммы ОГК |  |
|  | Положительная |  |
|  | Отрицательная |  |
|  | Нет динамики |  |
| 3. | Динамика веса |  |
|  | Прибавление веса |  |
|  | Уменьшение |  |
|  | Без имзенений |  |
| 4. | Жалобы и общее состояние |  |
|  | Сохраняются |  |
|  | Улучшение |  |
|  | Без изменения |  |

## Анкета №6

**Анкета №6 «Мониторинг эффективности лечения»**

**ИНСТРУКЦИИ:** Пожалуйста, отметьте знаком «√», при положительном ответе.

|  |
| --- |
| **Основные критерии оценки эффективности лечения** |
| 1. | Конверсия микроскопии мокроты и культуры наступила: |  |
|  | На 2-ом месяце лечения |  |
|  | К концу 4 месяца лечения |  |
|  | К концу интенсивной фазы |  |
|  | Не наступила |  |
|  | Не известно |  |
| 2. | Динамика рентгенограммы ОГК |  |
|  | Положительная |  |
|  | Отрицательная |  |
|  | Нет динамики |  |
| 3. | Динамика веса |  |
|  | Прибавление веса |  |
|  | Уменьшение |  |
|  | Без имзенений |  |
| 4. | Жалобы и общее состояние |  |
|  | Сохраняются |  |
|  | Улучшение |  |
|  | Без изменения |  |