## Приложение 4.

**Индивидуальный план сопровождения ТБ пациента**

(Фамилия, имя, отчество)

Фамилия и имя заполнившего (кейс-менеджера)

Дата начала

## I этап. Постановка ТБ диагноза и диспансеризация пациента

Первый этап завершается взятием пациента на диспансерный учет

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Действия, которые необходимо выполнить | Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ, специалиста,  н-р фтизиатр, центр СПИД или др. услуги) | Планируемая дата получения услуги | Дата контроля | Достигнут ли результат.  Отметьте «да» или «нет» | Время (в часах), затраченное на действие | Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ФИО кейс-менеджера ФИО пациента

Дата Дата

Подпись Подпись

## II этап. Прохождение медицинского осмотра, обследование и лечения ТБ по назначенному режиму

Второй этап завершается назначением пациенту ПТП

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Действия, которые необходимо выполнить | Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ, специалиста,  н-р фтизиатр, центр СПИД или др. услуги) | Планируемая дата получения услуги | Дата контроля | Достигнут ли результат.  Отметьте «да» или «нет» | Время (в часах), затраченное на действие | Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ФИО кейс-менеджера ФИО пациента

Дата Дата

Подпись Подпись

## III этап. Соблюдение режима лечения

Третий этап завершается вынесением исхода лечения и окончанием лечения

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Действия, которые необходимо выполнить | Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ, специалиста,  н-р фтизиатр, центр СПИД или др. услуги) | Планируемая дата получения услуги | Дата контроля | Достигнут ли результат.  Отметьте «да» или «нет» | Время (в часах), затраченное на действие | Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ФИО кейс-менеджера ФИО пациента

Дата Дата

Подпись Подпись

## IV этап. Действия по постепенному завершению сопровождения клиента

В этой части плана следует указать действия по завершению лечения.

Также здесь указываются встречи с врачами, родственниками, людьми, которые могут поддержать пациента после того, как кейс-менеджер завершит сопровождение пациента

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Действия, которые необходимо выполнить | Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ, специалиста,  н-р фтизиатр, центр СПИД или др. услуги) | Планируемая дата получения услуги | Дата контроля | Достигнут ли результат.  Отметьте «да» или «нет» | Время (в часах), затраченное на действие | Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ФИО кейс-менеджера ФИО пациента

Дата Дата

Подпись Подпись

## Информированное согласие пациента на включение в программу управления случаем

*Данная форма заполняется лично пациентом и хранится в папке кейс-менеджера, включая заявление на получение благотворительной помощи, на действия относительно конфиденциальной информации и информированное согласие на обработку персональных данных)*

Я, , настоящим выражаю свое желание участвовать в проекте по сопровождению на противотуберкулезное лечение и получать услуги по сопровождению на всех этапах каскада услуг против туберкулеза: выявления, диагностики и лечения ТБ.

Мне известно, что медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением профессиональных или служебных обязанностей стало известно о моей болезни, медицинском обследовании, осмотре и их результатах, интимной и семейной сторонах моей жизни, не имеют права разглашать эти сведения, кроме предусмотренных законодательством случаев. Кроме этого, мне известно, что такая информация является конфиденциальной, то есть ее нельзя собирать, хранить, использовать и распространять без моего согласия.

Настоящим я предоставляю осознанное информированное согласие на сбор, хранение, использование вышеуказанной конфиденциальной информации другим медицинским работникам, социальным работникам, работникам противотуберкулезных учреждений, ВИЧ-сервисных организаций, ОО и другим юридическим и физическим лицам, которые будут вовлечены в предоставление мне услуг и оказание комплексной поддержки и помощи.

Я, зная и понимая все права, предоставляемые мне законом Республики Таджикистан «О защите персональных данных»26, настоящим даю согласие на обработку моих персональных данных (любое действие или совокупность действий, таких как сбор, регистрация, накопление, хранение, адаптирование, изменение, возобновление, использование и распространение (реализация, передача), обезличивание, уничтожение персональных данных, в том числе с использованием информационных (автоматизированных) систем с целью определения моего диагноза, лечения и получения комплексной поддержки и помощи, проведения анализа и исследований для планирования программ защиты населения от туберкулеза.

Дата Подпись