

## Государственное учреждение Центр социальной помощи семье и детям Невского района

*Отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации*

**Услуги.** Деятельность отделения направлена на поддержку ВИЧ-инфицированных женщин и детей, проживающих в районе. Квалифицированные специалисты обеспечивают доступную и своевременную социальную и психологическую помощь; содействуют в вопросах адаптации клиентов к жизни в создавшихся условиях путем улучшения их социального, психологического состояния; проводят мероприятия по профилактике и предупреждению ВИЧ-заболевания среди здорового населения; содействуют в медицинском сопровождении клиента, в расширении информационного поля по вопросам предоставления социальных услуг в городе; обеспечивают клиентов справочной информацией об учреждениях и организациях города, работающих с ВИЧ-инфицированными, для создания сети поддержки клиентов.

**Адрес:** СПб, ул. Шелгунова, д. 17

**Тел.:** (812) 982-50-29, +7 (921) 345-53-09

## ГУ КЦСОН Фрунзенского района

*Кризисная служба по профилактике отказов от детей раннего возраста и семейному жизнеустройству детей-сирот и детей, оставшихся без родительского попечения*

### **Услуги:**

- содействие в оформлении государственных мер социальной поддержки (пособия, субсидии, ГСП, помощь в трудной жизненной ситуации);
- консультации по правовым и социальным вопросам;
- налаживание контактов с кровными родственниками;
- помощь в депортации (в случае нелегальной миграции);
- предоставление возможности временного проживания в отделении кризисной помощи женщинам с малолетними детьми ГУ КЦСОН Фрунзенского района.

**Адрес:** СПб, ул. Будапештская, д. 14

**Тел.:** (812) 712-94-10, 774-98-80

## ГУ ЦСОН Красногвардейского района

*Отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации*

**Услуги:** психологическая, социально-правовая, медико-социальная помощь женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; социальное сопровождение семей с детьми, имеющие ВИЧ-инфицированных членов семьи; групповая работа для зависимых и созависимых; клуб для семей с детьми, имеющих ВИЧ-инфицированных родителей; клуб знакомств для ЛЖВС.

**Адрес:** СПб, ул. Синявинская, д. 8

**Тел.:** (812) 227-46-45

**ГУ ЦСОН Калининского района, организации «Врачи Мира – США» и «Врачи детям»**

*Социальная квартира для ВИЧ-инфицированных женщин с детьми раннего возраста*

**Услуги:** временное проживание (до 12 месяцев) женщин с детьми до трех лет, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, социальная, психологическая, юридическая помощь.

**Тел.:** (812) 380-30-92

**www.vd-spb.ru**

**ГУ «Центр кризисной помощи женщинам»**

**Услуги:**

- оказание социальной, юридической и психологической поддержки женщинам, подвергшимся различным формам насилия и оказавшимся в кризисной ситуации;
- предоставление возможности проживания (17 мест).

**Адрес:** СПб, Московский пр., д. 206, корп. 1

**Тел.:** (812) 373-47-69, 373-06-73 (телефон доверия)

**E-mail:** shelter@ctinet.ru

*Отделение «Маленькая мама»*

**Цель** — профилактика отказов от детей через содействие сохранению биологической семьи и социальную адаптацию несовершеннолетних матерей с новорожденными.

**Адрес:** СПб, Трамвайный пр., д. 15, корп. 4

**Тел.:** (812) 759-43-28

**E-mail:** vospdom@bk.ru

**Санкт-Петербургская региональная общественная организация по работе с детьми и молодежью «Центр «Инновации»**

*Центр для детей-сирот, рожденных ВИЧ-инфицированными родителями*

**Услуги:**

- центр временного пребывания для детей, рожденных ВИЧ-инфицированными родителями, совместный проект с Детской инфекционной больницей № 3;
- уход за грудными детьми, брошенными родителями;
- медицинская, психологическая и социально-педагогическая помощь.

**Адрес:** СПб, Большой пр. В. О., д. 77, Городская больница № 3

*Социально-психологическая служба*

Проект, направленный на помощь матерям и детям (возрастом до 5 лет), живущих в семьях ВИЧ-инфицированных родителей.

**Услуги:**

- диагностика матери, ребенка и их отношений с целью получения полной информации о семье;
- обучение матери заботе о своем здоровье и здоровье ребенка;
- социально-психологическая помощь (патронаж семей);
- консультации по юридическим вопросам;
- материальная помощь.

*Центр развития для детей из семей, затронутых эпидемией ВИЧ, «Маленький Принц»*

**Целевая группа:** дети в возрасте от 1 до 7 лет из семей, затронутых ВИЧ. Центр работает по типу детского сада. В центре дети получают необходимое для их развития педагогическое и психологическое сопровождение.

**Адрес центра:** СПб, ул. 9-я Советская, д. 39/24

**Адрес офиса:** СПб, Думская ул., д. 1/3

**Тел.:** (812) 315-48-25

*Проект помощи ВИЧ-инфицированным детям и детям из семей групп социального риска, где имеются ВИЧ-инфицированные члены*

**Услуги:**

- социальная помощь;
- психологическая помощь;
- медицинская помощь;
- юридическая помощь;
- помощь в лечении зависимости;
- помощь в оформлении необходимых документов;
- помощь в получении медицинской помощи;
- помощь в поиске работы;
- организация досуга для детей;
- просветительская деятельность .

**Адрес:** СПб, ул. Трефолева, д. 6, последний подъезд, 2-й этаж, код 41

**Тел.:** (812) 252-23-81

**[www.innovations.spb.ru](http://www.innovations.spb.ru)**

### **Санкт-Петербургский Общественный благотворительный фонд «Родительский мост»**

*Проект профилактики отказов от новорожденных детей «От отчаяния — к надежде»*

**Услуги:**

- экстренная поддержка матерей, которые находятся на грани отказа от новорожденного ребенка;
- содействие в сохранении ребенком кровной семьи (в тех случаях, когда

ситуация не опасна для ребенка);

- содействие семейному жизнеустройству отказных детей;
- психологическая диагностика личностных особенностей матерей-отказниц, оценка развития новорожденных младенцев

*Проект помощи в семейном жизнеустройстве детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения «Ангелы со сломанными крыльями», размещение ВИЧ-положительных детей в замещающих семьях*

**Услуги:**

- поиск, отбор и обучение принимающих родителей;
- организация рекламных кампаний по привлечению принимающих родителей и информированию населения;
- консультирование граждан (телефонное и очное) по вопросам семейного жизнеустройства детей;
- проведение тренингов для принимающих родителей;
- организация комплексного сопровождения потенциальных принимающих родителей на всех этапах: принятие решения, подготовка, размещение ребенка, а также после размещения ребенка в семью;
- организация социальной сети поддержки принимающих родителей;
- организация взаимодействия и профессионального сотрудничества с органами опеки и попечительства и другими государственными и негосударственными организациями.

**Адрес:** СПб, ул. Моховая, д. 30

**Тел.:** (812) 272-68-51, 719-74-17, тел./факс: (812) 272-23-64

**E-mail:** info@rodmost.ru, pr@rodmost.ru

**www.fostercare.ru**

**Санкт-Петербургский общественный благотворительный фонд  
медико-социальных программ «Гуманитарное действие»**

*Проект «Профилактика ВИЧ/СПИДа и насилия среди женщин»*

**Услуги:**

- мобильная аутрич-работа;
- информирование и распространение профилактических материалов для изменения поведения и отношения к собственному здоровью;
- обмен использованных шприцев на новые, предоставление стерильного инъекционного оборудования (иглы, салфетки, вода для инъекций) и презервативов;
- медицинское, правовое, психологическое и социальное консультирование;
- направление на тестирование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, сифилис, сопровождаемое консультированием до и после тестирования;

- социальное сопровождение и обеспечение доступа к услугам государственных учреждений здравоохранения и социальной защиты;
- направление на консультации к доверенным врачам (к инфекционисту, наркологу, дерматовенерологу, акушеру-гинекологу).

**Горячая линия по вопросам социального сопровождения:** +7 (921) 412-24-99, ежедневно с 9.00. до 21.00, телефон доступен для абонентов стационарных и мобильных телефонов.

*Проект «Обеспечение доступа к медицинским услугам»*

Программа предназначена для потребителей внутривенных наркотиков и лиц, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг. Осуществляется совместно с Городской инфекционной больницей № 30 им С. П. Боткина. В рамках этой программы действует низкопороговый Центр профилактики ВИЧ/СПИДа и иных социально значимых заболеваний, который является структурным подразделением больницы. Сотрудники Центра в тесном взаимодействии с медицинским персоналом больницы и специалистами Фонда по индивидуальному медико-социальному сопровождению проводят подготовку к лечению ВИЧ-положительных пациентов, нуждающихся в получении антиретровирусной терапии, и далее сопровождают их в различных отделениях больницы во время прохождения ими клинического обследования и лечения, в том числе в дневном стационаре и амбулаторно.

**Услуги:** медицинская, психологическая, правовая и социальная помощь и профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем, а также других социально значимых заболеваний.

**Адрес:** СПб, ул. Кременчугская, д. 4

*Проект «Профилактика ВИЧ/СПИДа и защита прав среди людей, вовлеченных в незаконное употребление инъекционных наркотиков (Автобус)»*

**Услуги:**

- мобильная аутрич-работа с целью установления и развития контакта с потребителями наркотика;
- информирование и распространение печатных профилактических материалов с целью изменения отношения к собственному здоровью;
- обмен использованных шприцев на новые, предоставление стерильного инъекционного оборудования (иглы, салфетки, вода для инъекций) и презервативов;
- медицинское, психологическое, правовое и социальное консультирование;
- тестирование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, сифилис, сопровождаемое консультированием до и после теста;
- социальное сопровождение и обеспечение доступа к услугам государственных учреждений здравоохранения, правовой и социальной защиты;
- направление на консультации к доверенным врачам (к инфекционистам,

наркологам, дерматовенерологам, акушерам-гинекологам);

- консультирование близких и родственников потребителей наркотиков;
- мониторинг потребностей представителей целевых групп;
- повышение правовой информированности, профилактика насилия, криминального поведения и риска вовлечения в трафик (торговля людьми).

**Адрес:** СПб, Офицерский пер., д. 6-2

**Тел./факс:** (812) 237-14-95, 237-18-21

**E-mail:** office@haf-spb.org

**www.haf-spb.org**

### **Санкт-Петербургская региональная общественная организация «Возвращение»**

РОО «Возвращение» — общественная организация, которая оказывает помощь наркозависимым, ВИЧ-инфицированным и их родственникам по вопросам реабилитации, лечения и поддержки.

**Услуги:** помощь наркозависимым и их родственникам — реабилитация, лечение, консультирование, группы поддержки; реабилитационный центр для наркопотребителей «Мельничный ручей».

Сотрудники РОО совместно со специалистами медицинских учреждений Комитета по здравоохранению осуществляют следующие программы:

- В Центре СПИДа (стационар) — психолог и социальный работник организации принимают участие в оказании паллиативной и психологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, имеющим наркологические проблемы.
- В поликлинике Центра СПИДа работает совместная программа «Автобус» по обмену шприцев и информирования о проблемах клиентов автобуса.
- В ГНБ — социальные работники организации осуществляют психосоциальное сопровождение наркозависимых пациентов с последующим переводом их в загородный реабилитационный центр РОО «Возвращение».
- Совместно с районными наркологическими диспансерами (Красногвардейский, Калининский и Приморский районы) реализуется проект «Обратно в общество».

**Адрес:** СПб, ул. Большая Монетная, д. 9а

**Тел.:** (812) 325-44-25, 972-48-06

**E-mail:** vozv-spb@yandex.ru, vozv@sp.ru

### **РОО «Самоорганизация ЛЖВ Благотворительный Фонд “Свеча”»**

**Услуги:**

- группы поддержки ЛЖВ;
- психологическое консультирование «равный — равному»;
- юридическая и социальная поддержка.

**Тел.:** (812) 230-92-00

**E-mail:** svecha-hiv@yandex.ru, volginalex@yandex.ru

**Негосударственное научно-исследовательское учреждение  
«Биомедицинский центр»**

Проект «8+»

**Услуги:** индивидуальное психологическое сопровождение; консультации врачей-специалистов (венеролог, инфекционист, нарколог); помощь в наркологической реабилитации; помощь в постановке на учет в Центр СПИДа, больнице им. Боткина, ГНБ; помощь в получении АРВТ; и сопровождение на этапе приема АРВТ.

**Адрес:** СПб, ул. Газовая, д. 6

**Тел.:** (812) 320-80-13

**[www.biomed.spb.ru](http://www.biomed.spb.ru)**

## **Приложение 7. Нормы психомоторного развития ребенка от рождения до года**

### **1 месяц**

Реагирует на голос взрослого  
Следит за движущейся игрушкой, лежа на животе  
Приподнимает голову  
*Первая улыбка при виде взрослого*

### **2 месяца**

Реагирует на речь взрослого поворотом головы и улыбкой  
Хорошо держит голову в вертикальном положении  
Лежа на животе, приподнимает и длительно удерживает голову  
Крик интонационно-выразительный  
*Начинает гулить*

### **3 месяца**

Все эмоциональные реакции ярко выражены (улыбка, плач)  
Певучее гуление. Крик с отчетливой интонацией  
Надолго сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете  
Следит за движущимся предметом  
*Поворачивается на живот*

### **4 месяца**

Продолжительное певучее гуление  
Захватывает, ощупывает, перекладывает в руках игрушку  
*Поворачивается с живота на спину, начинает смеяться*

### **5 месяцев**

Поворачивается со спины на живот. Полный объем движения ручек  
Различает знакомых и незнакомых, строгий и ласковый тон  
Пытается подсаживаться  
*Ровно стоит при поддержке*

### **6 месяцев**

«Изучает игрушки», перекладывая ее в руках  
*Формируется активное внимание. Произносит отдельные слоги*

### **7 месяцев**

На вопрос «где?» ищет глазами знакомый предмет и указывает на него пальцем  
*Активно лепечет. Самостоятельно сидит, встает на четвереньки*

### **8 месяцев**

Уверенно сидит, сам встает на колени и ползает на четвереньках  
Лепет становится интонационно выразительным  
Выполняет просьбы «дай ручку», «до свидания»  
Играет в ладушки. В игре простое подражание (вынимает, катает, складывает)  
*Сам встает, держась за опору*



**9 месяцев**

Поворачивается на зов, начинает складывать пирамидку  
*Хорошо ходит у опоры*, переступает при поддержке за обе руки  
*Подражает взрослому в действиях, общается жестами*  
*Отзывается на свое имя, берет мелкие предметы*

**10 месяцев**

Голосом и жестами сигнализирует о своих нуждах  
 Любит находиться в компании с другими детьми, проявляет к ним активный интерес  
*Поднимается и спускается с невысокой лестницы с опорой*  
*По просьбе показывает части лица и тела (рот, нос, уши, живот)*  
*Впервые произносит «мама»*

**11 месяцев**

Уверенно самостоятельно стоит, ходит, слегка придерживаясь за опору, может делать несколько шагов без опоры  
 Складывает пирамидку из колец с широкими отверстиями, играет в кубики, с мячиком и мелкими предметами  
 Увеличивается количество лепетных слов  
*Начинает понимать слово «нельзя»*

**12 месяцев**

Собирает пирамидку с мелкими отверстиями  
 Очень любит слушать чтение книг, показывает пальцем знакомых героев и предметы в книжке  
*Первые самостоятельные шаги без поддержки*  
*Учится есть ложкой, хорошо держит чашку*  
*Различает предметы по форме (кубики, шарики)*  
*Произносит 10–20 слов*

**Прорезывание зубов**

| Зубы              | Верхняя челюсть (мес.) | Нижняя челюсть (мес.) |
|-------------------|------------------------|-----------------------|
| центральные резцы | 8–12                   | 6–10                  |
| боковые резцы     | 9–13                   | 10–16                 |
| клыки             | 16–22                  | 17–23                 |
| малые коренные    | 13–18                  | 14–18                 |
| большие коренные  | 24–30                  | 23–33                 |

Зубы начинают прорезываться с 6–7-месячного возраста. К 1-му году у ребенка должно быть 6–8 зубов.

## Приложение 8. Форма первичной оценки (скрининга)

### КАРТА СКРИНИНГА

Дата: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ф.И.О. сотрудника: \_\_\_\_\_

Место проведения: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. клиентки: \_\_\_\_\_

Дата рождения женщины: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес по прописке: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Сведения о ребенке:

1. дата рождения: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

пол ребенка:  М  Ж

имя: \_\_\_\_\_

статус: \_\_\_\_\_

2. дата рождения: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

пол ребенка:  М  Ж

имя: \_\_\_\_\_

статус: \_\_\_\_\_

3. дата рождения: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

пол ребенка:  М  Ж

имя: \_\_\_\_\_

статус: \_\_\_\_\_

## ИНФОРМАЦИЯ О ВИЧ-СТАТУСЕ ЖЕНЩИНЫ

**Предположительное время инфицирования:** \_\_\_\_\_

**Предположительный путь заражения:**

- половой  
 инъекционный  
 неизвестно  
 другое \_\_\_\_\_

**Состоит ли на учете в Центре СПИДа?**

- да  
 нет

**Дата постановки на учет в Центр СПИДа**

- до родов  
 после родов

**Получала ли профилактику?**

- во время родов  
 после родов (сироп «ретровир»)  
 другое \_\_\_\_\_

## УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

**Употребляет ли женщина наркотики?**

- да  
 нет

**Длительность употребления:** \_\_\_\_\_

**Вид наркотика:** \_\_\_\_\_

## ЕСЛИ В ДАННОЕ ВРЕМЯ ЖЕНЩИНА В РЕМИССИИ

**Длительность ремиссии:** \_\_\_\_\_

**Состоит ли на учете в наркологическом диспансере?**

- да  
 нет  
 не знает

**Судимость?**

- да  
 нет  
 отказывается отвечать

**Был ли опыт коммерческого секса?**

- да  
 нет  
 отказывается отвечать

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Запланированная ли беременность?**

- да
- нет

**Планирует ли воспитывать ребенка? (отметьте один вариант)**

- да
- нет
- подписала временный отказ
- подписала полный отказ
- ушла из родильного дома
- собирается подписывать временный отказ
- собирается подписывать полный отказ

**Возможные причины отказа: (отметьте все подходящие варианты)**

- отсутствие жилья
- употребление наркотиков
- низкая материальная обеспеченность
- физическое или психическое заболевание женщины
- отсутствие семейной поддержки
- нежелательная беременность

**Семейное положение: (отметьте один вариант)**

- не замужем и проживает совместно с партнером
- имеется партнер, но проживает отдельно
- замужем и проживает совместно с супругом
- замужем и проживает отдельно от супруга
- замужем, но проживает с другим партнером
- разведена
- вдова

**Наличие социальной поддержки: (отметьте все подходящие варианты)**

- родители женщины
- родители партнера/супруга
- родственники
- партнер/супруг
- друзья

**Жилищно-бытовые условия: (отметьте один вариант)**

- собственный дом
- отдельная квартира
- комната в коммунальной квартире
- арендуемая квартира (комната)

**С кем проживает** (отметьте все подходящие варианты):

- родители женщины
- родители партнера/супруга
- родственники
- партнер/супруг
- друзья

**Количество людей, проживающих на одной жилищной площади:** \_\_\_\_\_

ДАННЫЕ О ПАРТНЕРЕ (В ДАННЫЙ МОМЕНТ)

**Ф. И. О. партнера:** \_\_\_\_\_

**Контактная информация (адрес, телефон):** \_\_\_\_\_

**Дата рождения партнера:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**ВИЧ-статус партнера:** (отметьте один вариант)

- положительный
- отрицательный
- не знает
- другое \_\_\_\_\_

**Является ли партнер отцом ребенка?** (отметьте один вариант)

- да
- нет
- сомневается
- другое \_\_\_\_\_

**Знает ли партнер о ВИЧ-статусе женщины?** (отметьте один вариант)

- да
- нет
- подозревает
- другое \_\_\_\_\_

**Желание женщины сотрудничать с проектом:** (отметьте один вариант)

- да
- нет
- сомневается
- другое \_\_\_\_\_

**Заключение:**

- отказ от сотрудничества в проекте
- взята на патронаж
- телефонное консультирование
- другое \_\_\_\_\_

## Приложение 9. Информированное согласие

Организация «Врачи Мира – США» и Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи Детям» предоставляют комплексную социальную, медицинскую и психологическую помощь детям и их семьям.

### **Мы можем предложить вам свою помощь, если:**

- вам 18 или более лет;
- вы имеете положительный ВИЧ-статус;
- вашему ребенку не более 3-х лет;
- вы являетесь жителем Санкт-Петербурга или Ленинградской области;
- вы можете предоставить следующую информацию о себе и своих близких: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон;
- вы готовы к тому, что сотрудники проекта будут посещать вас на дому.

### **Наши с вами взаимоотношения будут складываться из нескольких этапов.**

На **первом этапе** наши специалисты (психологи, специалисты по социальной работе, врачи) проведут с вами собеседование, в ходе которого вам будет предоставлена информация о деятельности нашей организации. Вам расскажут о возможностях проекта и условиях вашего участия в нем. В процессе будут определены ваши социальные, медицинские и психологические потребности. Также вам будет предложено подписать информированное согласие. Это документ, в котором определены права и обязанности организации и участника проекта.

На **втором этапе** специалисты проекта определяют социальные и психологические потребности вашей семьи в ходе домашнего визита.

**Третий этап** — самый длительный. Он включает комплексное сопровождение (медицинские, социальные, психологические услуги) вас и вашего ребенка, а также оказание долгосрочной психологической помощи вашим близким до окончания проекта. На протяжении этого этапа наши специалисты будут посещать вас дома как минимум раз в две недели.

### **Комплексное сопровождение мамы и ребенка в рамках проекта «МАМА+» включает услуги:**

- **специалиста по социальной работе** (помощь в восстановлении документов, помощь при взаимодействии с государственными службами социальной защиты и т.д.);
- **психолога** (оценка особенностей развития и потребностей вашего ребенка, обучение развивающим играм, психологическая помощь вам и вашим близким);
- **врача и медсестры** (общая оценка состояния мамы и ребенка, направление к различным специалистам для диагностики и дальнейшего лечения).

Для решения ваших медицинских и социально-психологических проблем в рамках проекта вы можете получать ограниченную материальную помощь.

**Возможные неудобства:**

- Наши специалисты будут посещать вас дома, что может вызвать дискомфорт у людей, с которыми вы живете.
- Организация сохраняет за собой право действовать преимущественно в интересах ребенка.

**Польза:**

- Дополнительная медицинская и психолого-педагогическая диагностика, а также консультирование для вас и вашего ребенка.
- Помощь в решении ряда социальных проблем.
- Ограниченная материальная помощь.

**Добровольность и конфиденциальность**

Ваше участие в проекте добровольно. Вся информация о вашем ВИЧ-статусе и употреблении наркотиков, полученная организацией в ходе проекта, является строго конфиденциальной.

**Условия расторжения соглашения**

Вы можете отказаться от услуг специалистов проекта и предоставляемой помощи на любом этапе нашего взаимодействия.

Организация может отказаться от сопровождения вас и вашей семьи до окончания проекта, если:

- на протяжении двух недель мы не можем посетить вас на дому по причине вашего отказа или невозможности связаться с вами;
- вы неоднократно отказались следовать рекомендациям наших специалистов;
- вы не проявляете заботы о ребенке;
- вы или ваши близкие проявляете случаи некорректного поведения в отношении сотрудников проекта.

Условия, прописанные в информированном согласии, действуют с \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_ по \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

Подпись сотрудника проекта \_\_\_\_\_

Подпись участника \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_







**Ф. История болезни**

*(Когда узнала о своем ВИЧ-диагнозе? Когда предположительно инфицировалась, проходила ли обследование, как относится к своему диагнозу, к своему состоянию здоровья?)*

---



---



---



---



---

**Г. Опыт употребления ПАВ**

*(Употребление наркотиков (в том числе и инъекционных) в настоящее время, опыт и стаж употребления? Как употребление ПАВ повлияло на твою жизнь? Причины употребления? Проходила ли ты лечение от наркозависимости, какое и сколько раз? Пытаешься ли ты контролировать употребление? Хотела бы пройти лечение? Наличие проблем с алкоголем или наркотиками у других членов семьи, в прошлом и в данный момент?)*

---



---



---



---



---

**Н. Психическое здоровье**

*(Настроение, режим сна и питания в настоящее время, уровень активности, жалобы на депрессивное состояние? Заинтересованность в помощи психолога или психиатра? Опыт участия в индивидуальном, групповом и/или семейном консультировании; случаи госпитализации, психиатрическое лечение. Были ли случаи психических расстройств в семье? текущее состояние психического здоровья родителей/попечителей?)*

---



---



---



---



---

**И. Взаимоотношения с правосудием**

*(Случаи арестов клиентки, содержания под арестом, лишения свободы, условного освобождения в настоящее время и в прошлом, сколько раз и за что. Текущая ситуация — под подпиской о невыезде, в ожидании приговора, на условном заключении? Насколько уверена в том, что этот опыт не повторится?)*

---



---



---



---



---

**О. Навыки самостоятельности**

*(Сформированность навыков планирования и расходования денежных средств, ведения бюджета и т.д. Сформированность основных гигиенических навыков и потребность в них, а также приготовления пищи, уборки жилища, стирки, получения государственной социальной поддержки и т.д. Куда ты и твои близкие обращаешься за помощью?)*

---



---



---



---



---

**Р. Самооценка**

*(Что тебе больше всего нравится в себе? Что бы ты хотела изменить в себе? В чем твои сильные стороны, и как ты справляешься с трудностями?)*

-----

-----

-----

-----

-----

**ЗАПРОС (ПОТРЕБНОСТИ) КЛИЕНТА**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Психологическая помощь</b></p> <p><input type="checkbox"/> Индивидуальное консультирование</p> <p><input type="checkbox"/> Консультирование партнера или членов семьи</p> <p><input type="checkbox"/> Консультирование по вопросам развития ребенка</p> <p><input type="checkbox"/> Группы поддержки</p> <p><input type="checkbox"/> Помощь в лечении алкогольной/наркотической зависимости</p> <p><input type="checkbox"/> Участие в обучающих семинарах</p> <p><input type="checkbox"/> Профорентация</p> <p><input type="checkbox"/> Психотерапия</p> | <p><b>Медицинская помощь</b></p> <p><input type="checkbox"/> Консультация педиатра</p> <p><input type="checkbox"/> Консультация психиатра</p> <p><input type="checkbox"/> Диагностика на ВИЧ клиентки/ребенка</p> <p><input type="checkbox"/> Лабораторная диагностика и консультации специалистов для клиентки (не ВИЧ)</p> <p><input type="checkbox"/> Лабораторная диагностика и консультации специалистов для ребенка (не ВИЧ)</p> <p><input type="checkbox"/> Консультации по вопросам кормления и ухода за ребенком</p> <p><input type="checkbox"/> Медико-санитарное просвещение</p> |
| <p><b>Социальная помощь</b></p> <p><input type="checkbox"/> Юридическая помощь</p> <p><input type="checkbox"/> Помощь в оформлении документов</p> <p><input type="checkbox"/> Помощь в оформлении пособий</p> <p><input type="checkbox"/> Сопровождение в государственные учреждения</p> <p><input type="checkbox"/> Услуги дневного стационара для ребенка</p> <p><input type="checkbox"/> Консультирование по вопросам жилья</p> <p><input type="checkbox"/> Социальная помощь для партнера или членов семьи</p>   | <p><b>Комментарии</b></p>   |

**Приложение 11. Социальный портрет семьи****СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СЕМЬИ**

Дата: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ф. И. О. (специалист): \_\_\_\_\_

Ф. И. О. (клиентка): \_\_\_\_\_

**1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О КЛИЕНТКЕ**

Дата рождения: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес постоянного или временного проживания: *(подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Контактные телефоны:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Образование:** *(отметьте один вариант)*

- Начальное
- Неполное среднее (9 классов)
- Среднее (11 классов)
- Начально-профессиональное
- Средне-специальное
- Неоконченное высшее
- Высшее

**Семейное положение:** *(отметьте один вариант)*

- Не замужем и не имеет партнера
- Не замужем и проживает совместно с партнером
- Имеется партнер, но проживает отдельно
- Замужем и проживает совместно с супругом
- Замужем и проживает отдельно от супруга
- Замужем, но проживает с другим партнером
- Разведена
- Вдова

**Наличие социальной поддержки:** (отметьте все подходящие варианты)

- Родители женщины (мать/отец/мачеха/отчим) подчеркнуть
- Родители партнера/супруга (мать/отец/мачеха/отчим) подчеркнуть
- Родственники (кто) \_\_\_\_\_
- Партнер/супруг
- Друзья

**Жилищно-бытовые условия:** (отметьте один вариант)

- Собственный дом
- Отдельная квартира
- Комната в коммунальной квартире
- Арендруемая квартира (комната)

**С кем проживает:** (отметьте все подходящие варианты)

- Родители женщины (мать/отец)
- Родители партнера/супруга (мать/отец)
- Родственники
- Партнер/супруг
- Друзья

Количество людей, проживающих на одной жилищной площади\_\_\_\_\_

**Документы:**

- Паспорт
- Страховой медицинский полис
- Справка об освобождении
- Водительские права

**Регистрация:**

- Санкт-Петербург
- Ленинградская область
- Другой город РФ\_\_\_\_\_
- Страны СНГ\_\_\_\_\_
- Другое\_\_\_\_\_

**Судимость:**

- Да
- Нет
- Отказывается отвечать

**Опыт работы до беременности:**

- Да
- Нет

**Место работы:**

Настоящей работы, где \_\_\_\_\_

Предыдущей работы, где \_\_\_\_\_

 Никогда не работала**Уровень благосостояния семьи:**

|                   |   |   |              |   |   |                    |
|-------------------|---|---|--------------|---|---|--------------------|
| Очень низкий<br>1 | 2 | 3 | Средний<br>4 | 5 | 6 | Очень высокий<br>7 |
|                   |   |   |              |   |   |                    |

**Кто является основным кормильцем в семье? (отметьте один вариант)** Партнер Супруг Клиентка Родители клиентки (мать/отец) Родители мужа (мать/отец) Другое \_\_\_\_\_**1.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ****Предположительное время инфицирования (год)** \_\_\_\_\_**Предположительный путь инфицирования:** Половой Инъекционный Неизвестно Другое \_\_\_\_\_**Состоит ли на учете в Центре СПИДа?** Да Нет**Дата постановки на учет в Центр СПИДа** \_\_\_\_\_**Получала ли профилактику?** В период беременности В период родов

**1.2. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ****Употребление наркотиков:**

- Да  
 Нет

**Вид наркотика:** \_\_\_\_\_**Длительность употребления:** \_\_\_\_\_**Если в настоящий момент находится в ремиссии:****Длительность ремиссии:** \_\_\_\_\_**Состоит ли на учете в наркологическом диспансере?**

- Да  
 Нет  
 Не знает

**2. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ****Ф. И. О.** \_\_\_\_\_**Пол:**  м  ж**Дата рождения:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Социальный статус:** (отметьте один вариант)

- Родной  
 Усыновленный  
 Опекa

**Место нахождения ребенка:** (отметьте один вариант)

- Семья  
 Больница  
 Дом ребенка  
 Другое \_\_\_\_\_

**Документы:** (отметьте все подходящие варианты)

- Свидетельство о рождении  
 Гражданство  
 Медицинский полис

**Пособия:** (отметьте все подходящие варианты)

- Единовременное пособие по рождению ребенка (региональное)  
 Единовременное пособие по рождению ребенка (федеральное)  
 Ежемесячное пособие на ребенка в возрасте от рождения до одного года  
 Ежемесячное пособие на ребенка в возрасте от одного года до двух лет

**2.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВИЧ У РЕБЕНКА**

Состоит ли на учете в Центре СПИДа? (Бумажная, 12)

- Да  
 Нет

Дата постановки на учет в Центр СПИДа: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**График ПЦР**

| № ПЦР HIV | Дата | Результат | № ПЦР HsV | Дата | Результат | № ИФА | Дата | Результат |
|-----------|------|-----------|-----------|------|-----------|-------|------|-----------|
| 1         |      |           | 1         |      |           | 1     |      |           |
| 2         |      |           | 2         |      |           | 2     |      |           |
| 3         |      |           | 3         |      |           | 3     |      |           |
| 4         |      |           | 4         |      |           | 4     |      |           |
| 5         |      |           | 5         |      |           | 5     |      |           |
| 6         |      |           | 6         |      |           | 6     |      |           |

**Установленный диагноз:**

- ВИЧ-положительный  
 ВИЧ-отрицательный

**Получал ли профилактику?**

- Во время родов  
 После родов (сироп «ретровир»)

**3. СООБЩЕНИЯ О ПАРТНЕРЕ/СУПРУГЕ**

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Образование:** (отметьте один вариант)

- Начальное  
 Неполное среднее (9 классов)  
 Среднее (11 классов)  
 Начально-профессиональное  
 Средне-специальное  
 Неоконченное высшее  
 Высшее



**Документы:** (отметьте все подходящие варианты)

- Паспорт
- Страховой медицинский полис
- Справка об освобождении
- Водительские права

**Регистрация:**

- Санкт-Петербург
- Ленинградская область
- Другой город РФ \_\_\_\_\_
- Страны СНГ \_\_\_\_\_
- Другое \_\_\_\_\_

**Судимость**

- Да
- Нет
- Не знает

**Работает ли партнер/супруг?**

- Да
- Нет

**Место работы**

Настоящей работы, где \_\_\_\_\_

Предыдущей работы, где \_\_\_\_\_

**Является ли партнер/супруг ВИЧ-инфицированным?**

- Да
- Нет
- Не знает

Предположительное время инфицирования (год) \_\_\_\_\_

**Предположительный путь заражения:**

- Половой
- Инъекционный
- Неизвестно
- Другое \_\_\_\_\_

**Состоит ли на учете в Центре СПИДа?**

- Да
- Нет
- Не знает

**Дата постановки на учет в Центр СПИДа:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Употребление наркотиков:**

- Да
- Нет
- Не знает

**Вид наркотика:** \_\_\_\_\_

**Длительность употребления:** \_\_\_\_\_

**Если партнер в настоящее время находится в ремиссии:**

**Длительность ремиссии:** \_\_\_\_\_

**Состоит ли на учете в наркологическом диспансере?**

- Да
- Нет
- Не знает