

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE REEDICIÓN DE HOJAS AUTOCOPIATIVAS (AUTORIZACIÓN, ENCUESTA Y NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS), Y HOJA DE AUTORIZACIÓN ASÍ COMO ACTUALIZACIÓN Y REEDICIÓN DE LA GUÍA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS (PAVSA)

1.- Objeto.-

El objeto del presente pliego es la regulación de las condiciones técnicas para la contratación del servicio de Reedición hojas autocopiativas, Reedición hojas de Autorización y actualización e impresión de la Guía de Información de Recursos PAVSA, todo ello para el programa PAVSA.

Documentos:

Hojas Autocopiativas de Encuestas, Resultado Positivo y Resultado Negativo (LOTE 1, LOTE 2, LOTE 3)

Condiciones técnicas:

- ✓ *Tamaño DIN A/4.*
- ✓ *Constarán de dos unidades (ORIGINAL Y COPIA).*
- ✓ *Estarán impresos a dos tintas por una cara.*
- ✓ *Pegados por la parte superior.*
- ✓ *Se entregarán en paquetes retractilados de 25 y/o 50 unidades como máximo.*
- ✓ *Las tres hojas Autocalcable, se adaptarán al modelo que se adjunta*
- ✓ *El licitador/a adjudicatario/a tendrá que tener en cuenta y permitir, antes de la impresión de los documentos correspondientes, el poder realizar algún pequeño cambio en la información de estos si fuera necesario.*

Hojas de Autorización (LOTE 4)

- ✓ *Tamaño DIN A/4*
- ✓ *Estarán impresos a una tinta por una cara.*
- ✓ *Se entregarán en paquetes retractilados de 25 y/o 50 unidades como máximo.*
- ✓ *Se adaptará la impresión al modelo que se adjunta al que habrá que añadirle los logos de la Consejería de Sanidad y del Colegio Oficial de Farmacéuticos.*
- ✓ *El licitador/a adjudicatario/a tendrá que tener en cuenta y permitir, antes de la impresión de dicho documento, el poder realizar algún pequeño cambio en la información de ese si fuera necesario.*

Guía de Información de Recursos PAVSA (lote 5):

- ✓ *Condiciones técnicas:*
- ✓ *Tamaño final 13 X 15,5 cm.*
- ✓ *Cubierta en cuatricromía solo en cara. 250 grs.*
- ✓ *Interior 32 páginas cuatricromía, sobre papel estucado mate de 150 gms.*
- ✓ *Encuadernación: a caballete.*
- ✓ *Se adaptará la impresión al modelo existente y que se enviará al licitador/a adjudicatario/a en PDF.*
- ✓ *El licitador/a adjudicatario/a tendrá que tener en cuenta los siguientes cambios a realizar:*

1. *Cambio de algún número de teléfono, dirección y/o Código Postal*

Actualización de la Guía:

1. *Inclusión de 7 nuevas oficinas de farmacia que realizarán la Prueba Rápida VIH.*
2. *Inclusión de un nuevo recurso (Asociación), que está realizando dicha prueba, igualmente.*

Con la entrega de cada lote/material, al Servicio de Evaluación de la Salud y Programas de la Dirección General de Salud Pública, **se hará también entrega de su albarán correspondiente.**

El licitador/a Adjudicatario/a, se responsabilizará de las condiciones técnicas del transporte al punto de entrega.

Oviedo, 16 de Mayo de 2018

Fdo: Rafael Cofiño Fernández
Jefe de Servicio de Evaluación de la Salud y Programas



AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DEL VIH EN LA FARMACIA

CÓDIGO DE LA SOLICITUD	
------------------------	--

Declaro que: soy mayor de 16 años y doy mi autorización para que se me realice la prueba rápida de VIH de forma anónima y confidencial.

He sido informado/a de las siguientes cuestiones:

- El procedimiento para realizar la prueba rápida.
- Si el resultado es positivo, éste debe de ser confirmado con otros análisis más específicos que establecerán una certeza en el diagnóstico. Este segundo análisis se me realizará en el hospital de referencia al que seré derivado por el farmacéutico/a.
- Si el resultado es negativo, solamente es fiable si han transcurrido tres meses desde la última exposición de riesgo. Si se realizase antes de transcurridos esos tres meses, entiendo que deberé repetirme la prueba una vez transcurrido ese periodo.
- Soy consciente de la conveniencia de adoptar medidas preventivas para evitar la infección por VIH y/o transmitirla a otras personas
- Han sido aclaradas todas las dudas planteadas después de recibir esta información

Fecha de realización	Usuario/a
Sello de la OF	

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales proporcionados se incorporarán (o actualizarán) a los ficheros de esta FARMACIA (concretamente a un fichero denominado ANALISIS VIH).

La finalidad del tratamiento de los datos será la de realización de análisis de detección de VIH y posterior almacenamiento de los datos y tratamiento a seguir.

Le informamos que usted tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos previstos en la Ley, que podrá ejercitar mediante escrito dirigido al responsable de los mismos en la dirección anteriormente indicada indicando en el asunto "LOPD"



RESULTADO DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH EN FARMACIA

CODIGO DE USUARIO:

RESULTADO: POSITIVO

FECHA:

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA DEL FARMACEUTICO/A RESPONSABLE:

- Un resultado POSITIVO DEBE CONFIRMARSE SIEMPRE con otro análisis específico en el centro hospitalario de referencia
- Recuerda que es necesario adoptar medidas preventivas para evitar transmitir la infección por VIH a otras personas

PRESENTESE CON ESTE DOCUMENTO EN:

HOSPITAL:

SERVICIO:

al DR / /DRA.:

El díade.....de 20.....

a las..... horas

Teléfono de contacto:

TELÉFONOS DE INTERÉS:

Unidad de Infecciones de
Transmisión Sexual de Oviedo
985 10 69 00

Unidad de Infecciones de
Transmisión Sexual de Gijón
985 18 54 94

Comité Ciudadano
anti-SIDA
985 33 88 32
684 62 83 37

XEGA
985 22 40 29
985 37 33 21

Consejo de la Juventud
del Principado de Asturias
985 25 00 65
985 25 06 68

APRAMP
985 51 23 30

Médicos del Mundo
985 20 78 15

Fundación Amaranta
985 33 47 09

RESULTADO DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH EN FARMACIA

CODIGO DE USUARIO:

RESULTADO: NEGATIVO

FECHA:

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA DEL FARMACEUTICO/A RESPONSABLE:

- Si han transcurrido al menos 3 meses desde la última práctica de riesgo, un resultado **NEGATIVO** significa que la persona no está infectada por el VIH. Si la prueba se ha realizado antes de transcurrir esos tres meses desde la práctica de riesgo deberá repetirse la prueba una vez que haya pasado ese periodo
- Recuerda que es necesario adoptar medidas preventivas para evitar adquirir la infección por VIH o transmitírsela a otras personas

TELÉFONOS DE INTERÉS:

Unidad de Infecciones de
Transmisión Sexual de Oviedo
985 10 69 00

Unidad de Infecciones de
Transmisión Sexual de Gijón
985 18 54 94

Comité Ciudadano
anti-SIDA
985 33 88 32
684 62 83 37

XEGA
985 22 40 29
985 37 33 21

Consejo de la Juventud
del Principado de Asturias
985 25 00 65
985 25 06 68

APRAMP
985 51 23 30

Médicos del Mundo
985 20 78 15

Fundación Amaranta
985 33 47 09



ENCUESTA PARA LAS PERSONAS QUE ACUDAN A UNA FARMACIA A REALIZARSE LA PRUEBA RÁPIDA DEL VIH

FECHA:

Día	Mes	Año

CÓDIGO DE
SOLICITUD:

--

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☐ TRANSEXUAL ☐

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--

RESULTADO DE LA PRUEBA

POSITIVO

--

NEGATIVO

--

CONFIRMADO

--

FECHA

--	--	--

NO ACUDE

--

HOSPITAL

--

MUNICIPIO DE RESIDENCIA

--

1. País de origen:

- España

- Otros (indicar):

2. Nivel de estudios:

- Sin estudios o primaria incompleta

- Primaria o EGB completa

- Secundaria completa (BUP/COU o FP)

- Universitarios completos

- No consta

3. ¿Te has realizado la prueba del VIH en alguna ocasión?

- Sí, una vez

- Sí, varias veces

- No, nunca me he hecho la prueba del VIH (saltar a pregunta 6)

4. ¿Cuándo te realizaste la última prueba del VIH?

- Mes:

Año:

5. ¿Cuál fue el resultado de la última prueba del VIH que te has realizado?

- Positivo

- Negativo

- Desconocido

6. ¿Cuál es el motivo para realizarte la prueba del VIH?

- Relaciones sexuales de penetración vaginal sin preservativo

- Relaciones sexuales de penetración anal sin preservativo

- Felación (sexo oral a un hombre) sin preservativo

- Cunnilingus (sexo oral a una mujer) sin preservativo

- Compartir jeringuillas

- Otros (indicar):

7. Estas prácticas sexuales las has mantenido con...

- Hombres

- Mujeres

- Hombres y mujeres

- Transexuales

- Ns/Nc

8. ¿Cuándo fue la última práctica con riesgo?

- Hace menos de tres meses (repetir prueba, indicar fecha)

- Hace más de tres meses

- Ns/Nc

9. ¿Por qué has elegido una farmacia para realizarte la prueba del VIH? (solo 1 respuesta)

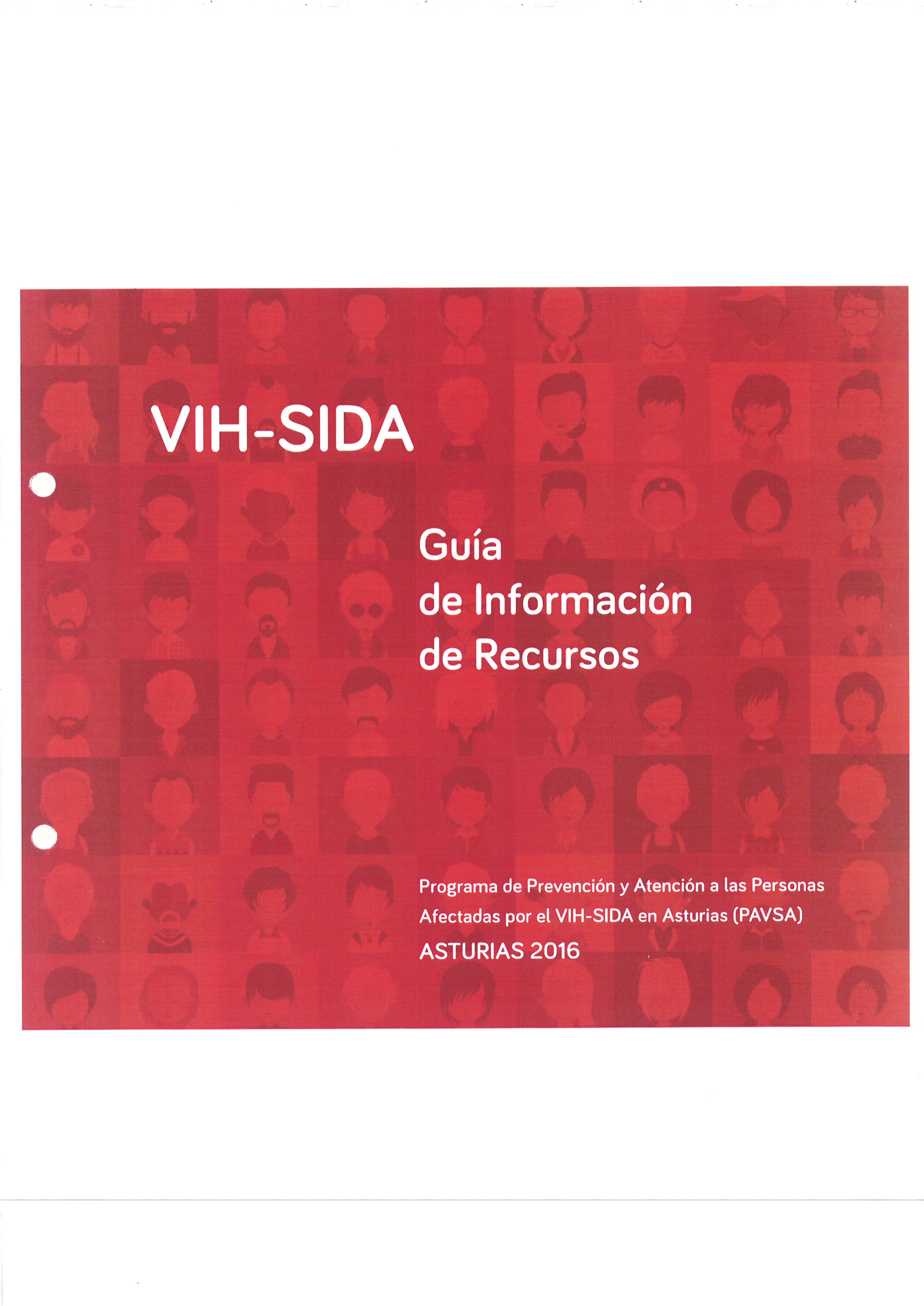
- La farmacia es accesible

- El test es anónimo

- Rapidez en el resultado

- La farmacia me da seguridad y confianza

- Otros (indicar):

The background of the entire page is a grid of small, stylized human faces in various shades of red and orange. The faces are diverse in appearance, representing different ages, genders, and ethnicities. The text is overlaid on this grid.

VIH-SIDA

Guía de Información de Recursos

Programa de Prevención y Atención a las Personas
Afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA)
ASTURIAS 2016