**VIRALE HEPATITIS IM GEFÄNGNIS: FORMULAR FÜR DIE GESUCHSEINGABE**

Programm «Virale Hepatitis und HIV: Prävention, Abklärung und Behandlung in Schweizer Gefängnissen» («Swiss HepFree in Prisons Programme SHiPP»)

***Falls Sie Aktivitäten in verschiedenen Institutionen planen, reichen Sie bitte für jede ein separates Formular ein.***

Bitte konsultieren Sie die [Kriterien für die Bewilligung eines Gesuchs](https://www.shipp.ch/admin/resources/kriterien-zur-beurteilung-von-gesuchen-im-rahmen-von-shipp-3.pdf) unter [www.shipp.ch](http://www.shipp.ch), bevor Sie das Gesuch ausfüllen.

1. KONTAKTINFORMATIONEN

|  |  |
| --- | --- |
| Projekttitel | *[Text]* |
| Projektleiter(vollständiger Name, Institution) |  |
| E-Mail |  |
| Telefon |  |
| **Projektmitarbeitende****(vollständiger Name, Institution)** |  |
| **Name der Institution (inklusive Adresse)** |  |
| **Gefängnisdirektor****(vollständiger Name, E-Mail)**  |  |
| Pflegerische Leitung Gefängnismedizin**(vollständiger Name, E-Mail)** |  |
| Ärztliche Leitung Gefängnismedizin**(vollständiger Name, E-Mail)** |  |
| Andere Kontaktpersonen(vollständiger Name, E-Mail,Verantwortungsbereich) |  |
|  |

1. PERSONNELLE RESSOURCEN

|  |  |
| --- | --- |
| **Art(en) der Inhaftierung1** |  |
| **Maximale Kapazität** |  |
| **Total Inhaftierte per Ende Dezember des letzten Kalenderjahres, per Typ der Inhaftierung** |  |
| **Zahl der Ärztinnen/Ärzte2**  |  |
| **Zahl des übrigen medizinischen Personals2** |  |
| **Zahl des nicht-medizinischen Personals2** |  |
|  |

**1z.B. Untersuchungshaft, detention préventive, detenzione cautelare**

**2Total der Personen und total Vollzeit Äquivalenz (z.B. 3/140%)**

1. GEGENWÄRTIG VERFÜGBARE MASSNAHMEN ZUR SCHADENSMINIMIERUNG

|  |  |
| --- | --- |
| **Nadel- und Spritzentausch1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **OAT (Opioid agonist therapy)2****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Andere, bitte beschreiben:** | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls ja, bitte beschreiben**

**2 Falls ja, bitte detailliert beschreiben: Medikamente vorhanden (mit Dosisbegrenzung?), wenn schon unter OAT beim Eingang nur oder Neustart nach Aufnahme möglich?**

1. GEGENWÄRTIG VERFÜGBARE VERSORGUNG MIT VIRALER HEPATITIS UND HIV

|  |  |
| --- | --- |
| **Routine-Screening auf HBV/HCV/HIV****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **HBV/HCV/HIV-Tests auf Anfrage für alle1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **HBV/HCV/HIV-Tests in spezifischen Einzelfällen1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Gibt es Zugang zu einem Fibroscan?****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Gibt es Zugang zu einem Ultraschallgerät?****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Gibt es Zugang zu einer Leberbiopsie?****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Experten für HIV/HBV/HCV- Versorgung2** | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls nein, bitte Gründe angeben**

**2 Bitte alle Expertenkontakte für die HIV/HBV/HCV-Versorgung angeben**

1. DERZEIT VERFÜGBARE BEHANDLUNG MIT DEM HEPATITIS-C-VIRUS (HCV)

|  |  |
| --- | --- |
| **Routinemässige HCV-Behandlung1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **HCV-Behandlung in einzelnen, spezifischen Fällen1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Experten für die HCV-Behandlung2** | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls nein, bitte Gründe angeben**

**2 Bitte alle Expertenkontakte für die HCV-Versorgung angeben**

1. HINDERNISSE FÜR DIE ROUTINEMÄSSIGE HBV/HCV/HIV-VERSORGUNG UND BEHANDLUNG

|  |  |
| --- | --- |
| **Existieren spezifische Hindernisse für die routinemässige HBV/HCV/HIV-*Versorgung* in dieser Einrichtung?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Erwarten Sie spezifische Hindernisse für die routinemäßige HBV/HCV/HIV-*Versorgung* in dieser Einrichtung?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Existieren spezifische Hindernisse für die routinemäßige HCV-*Behandlung* in dieser Einrichtung?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Erwarten Sie spezifische Hindernisse für die routinemäßige HCV-*Behandlung* in dieser Einrichtung?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls ja, bitte beschreiben**

1. PLÄNE ZUR ÜBERWINDUNG VON HINDERNISSEN FÜR DIE ROUTINEMÄSSIGE HBV/HCV/HIV-VERSORGUNG UND -BEHANDLUNG

|  |  |
| --- | --- |
| **Haben Sie Pläne, die Hindernisse für die routinemässige HBV/HCV/HIV-*Versorgung* in dieser Einrichtung zu überwinden?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Haben Sie Pläne, die Hindernisse für die routinemässige HBV/HCV/HIV-*Behandlung* in dieser Einrichtung zu überwinden?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls ja, bitte beschreiben**

1. PLÄNE ZUR ÄNDERUNG VON MASSNAHMEN ZUR SCHADENSMINDERUNG

|  |  |
| --- | --- |
| **Gibt es Pläne, den *Nadel- und Spritzenaustausch* in dieser Einrichtung neu einzuführen?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Gibt es Pläne, den *Nadel- und Spritzenaustausch* in dieser Einrichtung neu zu modifizieren?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Gibt es Pläne, *OAT* in dieser Institution neu einzuführen?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Gibt es Pläne, OAT in dieser Institution abzuändern?1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls ja, bitte beschreiben**

1. ANGEFORDERTE UNTERSTÜTZUNG

***Bitte geben Sie an, wie Ihre Aktivitäten in der täglichen Routine unterstützt werden könnten***

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieferung von HCV-Speicheltests1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Lieferung von HBV-Kapillarblut-Tests1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Lieferung von HIV-Kapillarblut-Tests1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Lieferung von gedrucktem Informationsmaterial2****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Andere****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |
|  |

**1 Falls ja bitte, bitte die für ein Jahr benötigte Gesamtzahl angeben**

**2 Falls ja, bitte die Sprache angeben**

***Bitte geben Sie an, ob Sie bei der Organisation von "Aktionstagen" unterstützt werden könnten, einschliesslich***

|  |  |
| --- | --- |
| **HCV-Speicheltests1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **HBV-Kapillarblut-Tests1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **HIV-Kapillarblut-Tests1****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Lieferung von gedrucktem Informationsmaterial2****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **FibroScan ®****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **GeneXpert®****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Andere****Nein** [ ]  **Ja** [ ]  | *[Text]* |
| **Bemerkung:** | *[Text]* |

**1 Falls ja, bitte die für die Aktionstage benötigte Gesamtzahl angeben (zB. 2x40)**

**2 Falls ja, bitte die Sprache angeben**

***Könnte man Sie bei der Ausbildung des Personals der Institution unterstützen?* Nein** [ ]  **Ja** [ ]

**Wenn ja, geben Sie bitte die mögliche Anzahl der erwarteten Veranstaltungen an:**

***Könnte man Sie bei Kontakten zu lokalen/regionalen Akteuren (Behörden, Gefänginsdirektor, Politiker, Ärzte) unterstützen?* Nein** [ ]  **Ja** [ ]

***Falls ja, bitte Details angeben:***

***Könnten Sie bei anderen Aktivitäten unterstützt werden?*  Nein** [ ]  **Ja** [ ]

***Falls ja, bitte Details angeben:***

1. PROJEKTBESCHREIBUNG

***Bitte beschreiben Sie Ihr Projekt gemäss diesem Raster***

***Kurzbeschrieb*** *(bitte angeben, welche Art von Aktion zur Verbesserung der Versorgungslage Sie planen. Diese Beschreibung sollte auch eine Vision über die Umsetzung eines etablierten routinemässigen Test- und Behandlungsansatzes in der/den jeweiligen Einrichtung(en) enthalten, welche auf der Grundlage der Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts basieren (*[*s. auch Kriterien zur Bewilligung eines Gesuchs*](https://www.shipp.ch/admin/resources/kriterien-zur-beurteilung-von-gesuchen-im-rahmen-von-shipp-3.pdf)*).*

***Zielsetzungen und Ziele*** *(bitte messbare Ziele angeben)*

***Zeitplan und Meilensteine***

***Erwartete Ergebnisse***

***Budget und Finanzierungsplan (inkl. der Angabe von weiteren Unterstützern und Eigenleistung der Institution)***

***Angefragter Unterstützungsbetrag:***

***Zusammenfassung der angefragten weiteren Unterstützungsleistungen (Tests, Schulungen, etc.):***

Name und Unterschrift Datum