**دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی............ **

در ماه ...... سال....... ........

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**مرکز/ پایگاه بهداشتی درمانی................**

**فرم شماره 8ب- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری ازانتفال به نوزاد**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **تعداد** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری تشکیل داده اند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه توصیه به انجام تست تشخیص سریع HIV برای اولین نوبتشده اند. |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این ماه |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین و سومین نوبتبرای زنان باردار در این ماه |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص سریع HIV مثبت هستند. |  |
| تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار HIV مثبت در این ماه |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. |  |

**دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی............ **

در ماه ...... سال....... ........

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**مرکز/ پایگاه مشاوره بیماری های رفتاری................**

**فرم شماره 9- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری ازانتفال به نوزاد**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **جمع** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه توصیه به انجام تست تشخیص سریع HIV برای اولین نوبتشده اند. |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این ماه |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین و سومین نوبتبرای زنان باردار در این ماه |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص سریع HIV مثبت هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تاییدی هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تاییدی مثبت هستند. |  |
| تعداد زنان باردار HIV مثبتی که در این ماه درمان پروفیلاکسی برای آنها شروع شده است. |  |
| تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار HIV مثبت در این ماه |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه درمان پروفیلاکسی دریافت کردند. |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. |  |

**تاریخ تکمیل: نام تکمیل کننده:**

**دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی............ **

در سه ماه ...... سال....... ........

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**فرم شماره 10 ب- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری ازانتفال به نوزاد**

**تعداد مراکز یا پایگاه های بهداشتی درمانی منتخب:....... تعداد بیمارستان منتخب:..........**

**تعداد مراکز یا پایگاه های بهداشتی درمانی گزارش داده در این دوره:..... تعداد بیمارستان گزارش داده در این دوره:......**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **به تفکیک مرکز انجام دهنده** | | | **جمع** |
| **مرکز یا پایگاه مشاوره** | **مرکز یا پایگاه بهداشتی درمانی** | **بیمارستان** |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری یا زایمان تشکیل داده اند. |  |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه توصیه به انجام تست تشخیص سریع HIV برای اولین نوبتشده اند. |  |  |  |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این ماه |  |  |  |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین و سومین نوبتبرای زنان باردار در این ماه |  |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص سریع HIV مثبت هستند. |  |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تاییدی هستند. |  |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تاییدی مثبت هستند. |  |  |  |  |
| تعداد زنان باردار HIV مثبتی که در این ماه درمان پروفیلاکسی برای آنها شروع شده است. |  |  |  |  |
| تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار HIV مثبت در این ماه |  |  |  |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه درمان پروفیلاکسی دریافت کردند. |  |  |  |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. |  |  |  |  |

**تاریخ تکمیل: نام تکمیل کننده:**

در سه ماه ...... سال....... ........

**دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی............ **

**فرم شماره 11ب- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری ازانتفال به نوزاد**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **جمع** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری یا زایمان تشکیل داده اند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه توصیه به انجام تست تشخیص سریع HIV برای اولین نوبتشده اند. |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این ماه |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین و سومین نوبتبرای زنان باردار در این ماه |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص سریع HIV مثبت هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تاییدی هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تاییدی مثبت هستند. |  |
| تعداد زنان باردار HIV مثبتی که در این ماه درمان پروفیلاکسی برای آنها شروع شده است. |  |
| تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار HIV مثبت در این ماه |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه درمان پروفیلاکسی دریافت کردند. |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. |  |

**تاریخ تکمیل: نام تکمیل کننده:**