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

در ماه سال....... ........

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

**مرکز/ پایگاه سلامت................**

**فرم شماره 8الف- گزارش وضعیت آزمایش سیفیلیس در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری از سیفیلیس نوزادی**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیصی سیفیلیس مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **تعداد** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری تشکیل داده اند. |  |
| تعداد تست RPR/VDRL انجام شده برای زنان در مراقبت بارداری در این ماه |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست RPR/VDRLمثبت هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه تست FTA-abs انجام داده اند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست FTA-abs مثبت هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه درمان سیفیلیس برای آنها کامل انجام شده است. |  |
| تعداد موارد منجر به سقط از مادر مبتلا به سیفلیس در این ماه |  |
| تعداد نوزادان مرده به دنیا آمده به دلیل سیفیلیس در این ماه |  |
| تعداد مردانی که درمان سیفلیس در این ماه به علت بیماری همسر دریافت کردند. |  |

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

در سه ماه ....... سال.......

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

**فرم شماره 10 الف- فرم جمع بندی وضعیت آزمایش سیفیلیس در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری از سیفیلیس نوزادی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **دادده های مربوط به افرادی که با تست تشخیصی سیفیلیس مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **به تفکیک مرکز انجام دهنده** | | **جمع** |
| **بیمارستان ها** | **مرکز / پایگاه سلامت** |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری تشکیل داده اند. |  |  |  |
| تعداد تست RPR/VDRL انجام شده برای زنان در مراقبت بارداری در این ماه |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست RPR/VDRLمثبت هستند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه تست FTA-abs انجام داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست FTA-abs مثبت هستند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه درمان سیفیلیس برای آنها کامل انجام شده است. |  |  |  |
| تعداد موارد منجر به سقط از مادر مبتلا به سیفلیس در این ماه |  |  |  |
| تعداد نوزادان مرده به دنیا آمده به دلیل سیفیلیس در این ماه |  |  |  |
| تعداد نوزاد متولد شده مبتلا به سیفیلیس نوزادی در این ماه |  |  |  |
| تعداد نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به سیفیلیس در این ماه که درمان دریافت کرده اند. |  |  |  |
| تعداد مردانی که در این ماه درمان سیفلیس به علت بیماری همسر دریافت کردند |  |  |  |

**تاریخ تکمیل: نام تکمیل کننده:**

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

در سه ماه ...... سال....... ........

**فرم شماره 11 الف- گزارش وضعیت آزمایش سیفیلیس در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری از سیفیلیس نوزادی**

|  |  |
| --- | --- |
| **دادده های مربوط به افرادی که با تست تشخیصی سیفیلیس مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **جمع** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری تشکیل داده اند. |  |
| تعداد تست RPR/VDRL انجام شده برای زنان در مراقبت بارداری در این سه ماه |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست RPR/VDRLمثبت هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه تست FTA-abs انجام داده اند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست FTA-abs مثبت هستند. |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه درمان سیفیلیس برای آنها کامل انجام شده است. |  |
| تعداد موارد منجر به سقط از مادر مبتلا به سیفلیس در این ماه |  |
| تعداد نوزادان مرده به دنیا آمده به دلیل سیفیلیس در این ماه |  |
| تعداد نوزاد متولد شده مبتلا به سیفیلیس نوزادی در این ماه |  |
| تعداد نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به سیفیلیس در این ماه که درمان دریافت کرده اند. |  |
| تعداد مردانی که در این ماه درمان سیفلیس به علت بیماری همسر دریافت کردند |  |

**تاریخ تکمیل:**

**نام و سمت تکمیل کننده:**