|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ (روز)** | **کد تست تشخیصی سریع فرد** | | | **جنس** | **سن** | **سن تخمینی بارداری در صورت بارداری** | **علت توصیه به انجام آزمایش** | | **نتیجه تست** | | | **مشخصات ارجاع موارد مثبت به مراکز مشاوره** | | **نام فرد انجام دهنده تست** | **(آدرس و شماره تلفن)** | **لطفا در این قسمت چیزی ننویسید .**  **(متعاقبا از این قسمت در نسخه دوم برای مطابقت موارد ارجاع شده استفاده خواهد شد.)** |
| شماره سریال | سال | کد محل | وجود علائم ایدز/HIV پیشرفته | وجود عامل/عوامل خطر ( با ذکر کد\*) | حاضر به انجام تست نشد | منفی | مثبت | نام مرکز مشاوره | شماره برگه ارجاع |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



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

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

**پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV**

**فرم شماره1تست سریع - فرم ثبت و گزارش دهی مواردی که توصیه به انجام تست تشخیصی سریع HIV شده اند**

**تاریخ ماه ........... سال ..............**

**نام محل بیمارستان/مطب/مرکز گذری ...................**

**کد محل : {**این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود **}**

\***کد عوامل خطر** 1- مصرف تزریقی مواد 2- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس 3 – ارتباط جنسی با همجنس(مرد با مرد) **4**- دریافت خون و فرآورده های خونی **5**- متولد از مادر مبتلا **6**- همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد **7**- همسر فرد مبتلا به HIV  **8-** مواجهه شغلی یا غیر شغلی **9**– سایر با ذکر مورد

**این فرم بصورت ماهیانه و در دونسخه تهیه می شود نسخه اول در محل بایگانی شده و نسخه دوم به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.**



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

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

**تاریخ ماه ........... سال ..............**

**نام محل بیمارستان/مطب/مرکز گذری ...................**

**کد محل : {**این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود **}**

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

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

**پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV**

**فرم شماره2تست سریع - فرم گزارش دهی تعداد تست تشخیصی سریع HIV**

**بخش اول - تعداد موجودی/مصرفی تست تشخیصی سریع HIV**

|  |  |
| --- | --- |
| **تعداد تست موجودی قبلی (a)** |  |
| **تعداد تست تحویلی در این ماه (b)** |  |
| **تعداد بیمار تست شده در این ماه\***  **(**این عدد باید با فرم شماره 1 مطابقت داشته باشد**)** |  |
| **کل تعداد تست مصرف شده در این ماه (c)**  **(**شامل تست بیماران و تست های کنترل کیفی و پرت **)** |  |
| **تعداد باقیمانده در این ماه {(a+b) – c}** |  |

**بخش دوم - کنترل کیفی تست تشخیصی سریع HIV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ازمایش کنترل کیفی** | **تعداد تست انجام شده** | **تعداد نتیجه هم خوان** |
| **با کنترل مثبت** |  |  |
| **با کنترل منفی** |  |  |

**این فرم در دونسخه تهیه می شود یک نسخه در محل بایگانی شده و یک نسخه ماهیانه به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.**



**پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع**

**فرم شماره3تست سریع - فرم ارجاع به مرکز مشاوره پس از انجام تست**

**تاریخ روز....... ماه ..... سال ........**

**شماره فرم ارجاع :..............................**

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

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

**به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ...........**

با سلام

شماره سریال

کد محل

سال

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ...... با کد که در این مرکز با

تست تشخیصی سریع تحت ارزیابی قرار گرفته است . جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

**نام محل بیمارستان/مطب/مرکز گذری ...................**

**نام و امضا فرد ارجاع دهنده :..............................**

**این فرم در دونسخه تهیه می شود یک نسخه در محل بایگانی شده و یک نسخه به بیمار جهت مراجعه به مرکز مشاوره تخویل می گردد.**

**به مرکز گذری / مرکز مشاوره ویژه زنان / واحد MMT /بیمارستان / .................**

با سلام

شماره سریال

کد محل

سال

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ........... با کد معرفی شده از

آن مرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات زیر به وی ارائه گردید :

1. از نامبرده نمونه خون جهت آزمایش های تکمیلی گرفته شد .
2. نامبرده به آزمایشگاه انتقال خون معرفی شد .
3. سایر خدمات ذکر شود ...............

**مهر و امضای مسئول مرکز / پایگاه مشاوره**