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

در سه ماه ...... سال....... ........

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

**فرم شماره 10 - 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 HIVمورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **به تفکیک مرکز انجام دهنده** | | **جمع** |
| **پایگاه سلامت** | **بیمارستان** |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری یا زایمان تشکیل داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که تست الایزا HIV در بخش خصوصی یرای اولین نوبت در این ماه داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که تست تشخیص سریع HIV برای اولین نوبت در این ماه داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که تست تشخیص سریع HIV برای دومین نوبت در این ماه داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تستHIVمثبت 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. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که تست RPR/VDRL در این بازه زمانی انجام داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این بازه زمانی دارای تست RPR/VDRLمثبت هستند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این بازه زمانی تست FTA-abs انجام داده اند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این بازه زمانی دارای تست FTA-abs مثبت هستند. |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این بازه زمانی درمان سیفیلیس برای آنها کامل انجام شده است. |  |  |  |
| تعداد موارد منجر به سقط از مادر مبتلا به سیفلیس در این بازه زمانی |  |  |  |
| تعداد نوزادان مرده به دنیا آمده به دلیل سیفیلیس در این بازه زمانی |  |  |  |
| تعداد نوزاد متولد شده مبتلا به سیفیلیس نوزادی در این بازه زمانی |  |  |  |
| تعداد نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به سیفیلیس در این بازه زمانی که درمان دریافت کرده اند. |  |  |  |
| تعداد مردانی که در این بازه زمانی درمان سیفلیس به علت بیماری همسر دریافت کردند |  |  |  |

**تاریخ تکمیل: نام تکمیل کننده:**