

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

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

فرم شماره ۱ تست سریع - فرم ثبت و گزارش دهی مواردی که توصیه به انجام تست تشخیصی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید . (متعاقبا از این قسمت در نسخه دوم برای مطابقت موارد ارجاع شده استفاده خواهد شد.)	توضیحات (آدرس و شماره تلفن)	نام فرد انجام دهنده تست	مشخصات ارجاع موارد مثبت به مراکز مشاوره		نتیجه تست			علت توصیه به انجام آزمایش		سن تخمینی بارداری در صورت بارداری	جنس	سن	کد تست تشخیصی سریع فرد			تاریخ (روز)	ردیف
			شماره برگه ارجاع	نام مرکز مشاوره	نوع تست	نتیجه	وجود عامل/عوامل خطر (با ذکر کد*)	وجود علائم ایبز/ HIV پیشرفته	۶				۳	شماره سریال			

*کد عوامل خطر ۱- مصرف تزریقی مواد ۲- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس ۳- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) ۴- دریافت خون فرآورده های خونی ۵- متولد از مادر مبتلا ۶- همسر فردیکهدار ایبیکباز عوامل خطر میباشد ۷- همسر فرد مبتلا به HIV ۸- مواجهه شغلی با غیر شغلی ۹- سایر با ذکر مورد

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

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

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

فرم شماره ۲ تست 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 ۱ 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 دو نسخه تهیه می شود یک نسخه در محل بایگانی شده و یک نسخه ماهیانه به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.

