

مجموعه فرم های ثبت –پرونده خدمات کاهش آسیب

[Document subtitle]



|  |
| --- |
| **فرممشخصات فردی** **نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |
| --- |
| **شماره پرونده :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **نام پدر :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ تولد: (سن )** | **شغل :(محل درآمد فعلی )** | **تاهل :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ اولین مراجعه:** | **نحوه آشنایی با مرکز** | **وضعیت سکونت :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع ماده مصرفی :** | **سن شروع اعتیاد :** | **طریقه مصرف مواد :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تعداد دفعات مصرف روزانه :** | **سابقه زندان :**  | **سن اولین تجربه زندان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سن شروع اعتیاد تزریقی :** | **سابقه تزریق مشترک :** | **سابقه مصرف مواد در اعضای خانواده :**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سابقه مصرف مواد در بین دوستان :** | **سابقه رفتار جنسی نا مطمئن :** | **سابقه رفتار جنسی نامطمئن با همجنس :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سابقه انجام تست HIV**  | **سابقه آزمایش HVB-HCV** | **سابقه بیماری (جسمی –روانی )** |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نتیجه آزمایش HIV**  | **نتیجه آزمایش HVB-HCV** | **نحوه تامین سرنگ :** |
| **فرم شماره 1 – ثبت مراجعات و خدمات دریافتی****نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
|  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

 |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **شماره پرونده :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ مراجعه | **آموزش** | **تحویل سرنگ و سوزن** | **تحویل کاندوم** | **تست اچ آی وی** | **غربالگری سل** | **غربالگری STI** | **خدمات حمایتی** | **ارجاع** | **تحویل شبه مخدر** | **واکسیناسیون** | **مشاوره انفرادی**  | **سایر با ذکر نام** | **توضیحات** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **فرم شماره 2 – ثبت خدمات آموزشی****نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **شماره پرونده :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **موضوع آموزش** | **نوع آموزش** | **مدت آموزش به ساعت** | **مشخصات آموزش دهنده** |
| **فردی** | **گروهی** | **نام و نام خانوادگی** | **امضا** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **فرم شماره 3 – ثبت ارائه وسایل کاهش آسیب و اقلام حمایتی****نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **شماره پرونده :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **تاریخ** | **مشخصات ارائه دهنده** |
| **سرنگ و سوزن** | **کاندوم** | **آب مقطر** | **پنبه الکل** | **فیلتر** | **ملاقه** | **چسب زخم** | **لباس زیر**  | **حوله**  | **صابون** | **غذا** | **نام و نام خانوادگی** | **امضا** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **فرم شماره 4 – غربالگری سل فعال****نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **شماره پرونده :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **پیگیری موارد مشکوک به سل**(این قسمت برای مواردی تکمیل شود که حداقل یک علامت مثبت دارند) | **نام غربالگر** | **تحت درمان سل است** | **غربالگری علامتی سل فعال** | **تاریخ** |
| **نتیجه ارجاع** | **تاریخ پاسخ ارجاع** | **نام محل ارجاع** | **تاریخ ارجاع** | **تب** | **تعریق** | **کاهش وزن** | **خلط** | **سرفه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **فرم شماره 5 – غربالگری بیماریهای مقاربتی****نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **شماره پرونده :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **پیگیری موارد علایم دار**(این قسمت برای مواردی تکمیل شود که حداقل یک علامت مثبت دارند) | **نام غربالگر** | **تحت درمان است** | **غربالگری بیماری مقاربتی** | **تاریخ** |
| **نتیجه ارجاع** | **تاریخ پاسخ ارجاع** | **نام محل ارجاع** | **تاریخ ارجاع** | **تورم آنال تورم اسکروتوم** | **تورم اسکروتوم** | **تورم کشاله ران** | **زخم تناسلی** | **ترشح مجرا** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **فرم شماره 6 – ثبت نتایج تست اچ آی وی****نظام ثبت خدمات کاهش آسیب – پرونده**  |
| **نام مرکز:** | **نام دانشگاه:** | **نام استان :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام :** | **نام خانوادگی :** | **شماره پرونده :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ توصیه**  | **تاریخ انجام تست** | **پاسخ** | **نام انجام دهنده تست** | **ارجاع موارد مثبت** |
| **منفی** | **مثبت** | **نام مرکز** | **کد** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |