در فصل ........... سال....... ...........

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

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

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

 **فرم شماره 8ب- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری از انتقال به نوزاد**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **تعداد** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این فصل پرونده بارداری تشکیل داده اند. |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این سه ماه (رپید تست) |   |
| تعداد تست تشخیص HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این سه ماه (الایزا) |   |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین نوبتبرای زنان باردار در این سه ماه (رپید تست) |  |
| تعداد تست تشخیص HIV انجام شده برای دومین نوبتبرای زنان باردار در این سه ماه (الایزا) |  |
| تعداد زنان بارداری که در این سه ماه دارای تست تشخیص سریع HIV مثبت هستند. (رپید تست) |  |
| تعداد زنان بارداری که در این سه ماه دارای تست HIV مثبت هستند. (الایزا) |  |
| تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار HIV مثبت در این سه ماه  |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این سه ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. |  |

در فصل.......... سال....... ........

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

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

**مرکز/ پایگاه سلامت........**

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

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

**تاریخ تکمیل:**

**نام و سمت تکمیل کننده:**