|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 باغیرهمجنس 3 – ارتباط جنسی باهمجنس(مردبامرد) **4**- دریافت خون وفرآورده های خونی**5**- متولدازمادرمبتلا**6**- همسرفردی که دارای یکی ازعوامل خطرمیباشد**7**- همسرفردمبتلابهHIV **8-** مواجهه شغلی یاغیرشغلی **9**– سایربا 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.**