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

در سه ماه ...... سال....... ........

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

**فرم شماره 10 ب- 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 .** | **به تفکیک مرکز انجام دهنده** | | | **جمع** |
| **مرکز یا پایگاه مشاوره** | **مرکز یا پایگاه بهداشتی درمانی** | **بیمارستان** |  |
| تعداد زنان بارداری که در این سه ماه پرونده بارداری یا زایمان تشکیل داده اند. |  |  |  |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این سه ماه |  |  |  |  |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین نوبتبرای زنان باردار در این سه ماه |  |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این سه ماه دارای تست تشخیص سریع HIV مثبت هستند. |  |  |  |  |
| تعداد زنان بارداری که در این سه ماه دارای تست تاییدی مثبت هستند. |  |  |  |  |
| تعداد زنان باردار HIV مثبتی که در این سه ماه درمان پروفیلاکسی برای آنها شروع شده است. |  |  |  |  |
| 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 درمان پروفیلاکسی دریافت کردند. |  |  |  |  |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این سه ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. |  |  |  |  |

تاریخ تکمیل:

نام و سمت تکمیل کننده: