

در سه ماه سال

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی.....

مرکز بهداشت شهرستان.....

فرم شماره ۱۰ ب - گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری از انتقال به نوزاد

جمع	به تفکیک مرکز انجام دهنده			داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .
	بیمارستان	مرکز یا پایگاه بهداشتی درمانی	مرکز یا پایگاه مشاوره	
				تعداد زنان بارداری که در این سه ماه پرونده بارداری یا زایمان تشکیل داده اند.
				تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبت در زنان باردار در این سه ماه
				تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای دومین نوبت برای 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: