

نام محل بیمارستان/مطب/مرکز گذری

کد محل :
این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود
{

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

فرم شماره 1 تست سریع - فرم ثبت و گزارش دهی مواردی که توصیه به انجام تست تشخیصی

| 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 | لا محل | | | | وجود علائم ایدز/HIV پیشرفته | وجود عامل/عوامل خطر (با ذکر کد*) | مفقی | تایید کننده | نام مرکز مشاوره | شماره برگه ارجاع | | | | |
| 1 | 93/2/10 | 3 | 93 | 05 | 43 | زن | - | 9 | + | | | | مهاباد | وحیدی | خ.صلاح الدین ابویی کوچه ایران دوست 2229624 | | |
| 2 | 93/2/14 | 4 | 93 | 05 | 35 | زن | - | 8 | + | | | | مهاباد | وحیدی | خ.جانبازان خ.شمس کوچه شمس 09148256214 | | |
| 3 | 93/2/24 | 5 | 93 | 05 | 15 | زن | - | 2 | + | | | | مهاباد | وحیدی | بالا تر از مسجد کردستان کوچه 12 پلاک 6 2336087 | | |
| 4 | 93/2/28 | 6 | 93 | 05 | 25 | مرد | - | 9-2 | + | | | | مهاباد | وحیدی | خ ایرانیما کوچه مدرسه 17 شهریور بن بست 2 پلاک 23 ت: 09371622041 | | |
| 5 | 93/2/28 | 7 | 93 | 05 | 31 | مرد | - | 9 | + | | | | مهاباد | وحیدی | خ جمهوری اسلامی کوچه 14 پلاک 3 ت: 2222268 | | |
| 6 | 93/2/28 | 8 | 93 | 05 | 25 | مرد | - | 9-2 | * | | | | مهاباد | وحیدی | تپه قاضی خ کشاورز 09149448750 | | |
| 7 | 93/2/30 | 9 | 93 | 05 | 35 | زن | - | 8 | + | | | | مهاباد | وحیدی | 09141684495 | | |

* کد عوامل خطر 1- مصرف تزریقی مواد 2- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس 3- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) 4- دریافت خون و فرآورده های خونی 5- متولد از مادر مبتلا 6- همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد 7- همسر فرد مبتلا به HIV 8- مواجهه شغلی یا غیر شغلی 9- سایر با ذکر مورد

این فرم بصورت ماهیانه و در دو نسخه تهیه می شود نسخه اول در محل بایگانی شده و نسخه دوم به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.



پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

فرم شماره 2 تست سریع - فرم گزارش دهی تعداد تست تشخیصی سریع HIV

بخش اول - تعداد موجودی/مصرفی تست تشخیصی سریع HIV

| | |
|----|---|
| 38 | تعداد تست موجودی قبلی (a) |
| 20 | تعداد تست تحویلی در این ماه (b) |
| 6 | تعداد بیمار تست شده در این ماه* (این عدد باید با فرم شماره 1 مطابقت داشته باشد) |
| 6 | کل تعداد تست مصرف شده در این ماه (c) (شامل تست بیماران و تست های کنترل کیفی و پرت) |
| 52 | تعداد باقیمانده در این ماه $\{(a+b) - c\}$ |

بخش دوم - کنترل کیفی تست تشخیصی سریع HIV

| تعداد نتیجه هم خوان | تعداد تست انجام شده | ازمایش کنترل کیفی |
|---------------------|---------------------|-------------------|
| | 6 | با کنترل مثبت |
| | 0 | با کنترل منفی |

این فرم در دو نسخه تهیه می شود یک نسخه در محل بایگانی شده و یک نسخه ماهیانه به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع

فرم شماره 3 تست سریع - فرم ارجاع به مرکز مشاوره پس از انجام تست

به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم با کد

| | | |
|-------------|-----|--------|
| شماره سریال | سال | کد محل |
| | | |

که در این مرکز با

تست تشخیصی سریع تحت ارزیابی قرار گرفته است . جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

نام محل بیمارستان/مطب/مرکز گذری

نام و امضا فرد ارجاع دهنده:

این فرم در دونسخه تهیه می شود یک نسخه در محل بایگانی شده و یک نسخه به بیمار جهت مراجعه به مرکز مشاوره تحویل می گردد.

به مرکز گذری / مرکز مشاوره ویژه زنان / واحد MMT /بیمارستان /

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم با کد

| | | |
|-------------|-----|--------|
| شماره سریال | سال | کد محل |
| | | |

معرفی شده از

آن مرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات زیر به وی ارائه گردید :

۱- از نامبرده نمونه خون جهت آزمایش های تکمیلی گرفته شد . ۲- نامبرده به آزمایشگاه انتقال خون معرفی شد .

۳- سایر خدمات ذکر شود

مهر و امضای مسئول مرکز / پایگاه مشاوره

تاریخ تکمیل فرم: ۹۳/۲/۳۱

گزارش مشاوره و آزمایش داوطلبانه به تفکیک مراکز

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: آزاده وحیدی

فرم شماره 5 تست سریع - ویژه افرادی که در پروژه ارزیابی تست سریع تشخیص HIV ارزیابی شده اند

| مادران باردار | کد محل مراکز ارجاع دهنده | | | | | | | | | | | | انجام شده در مرکز | داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیصی سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند . | |
|------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|---|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 7 | تعداد افرادی که توصیه به انجام تست سریع شده اند | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | 6 | تعداد تست سریع انجام شده | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد تست تشخیصی سریع مثبت | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و در مرکز تحت مشاوره و آزمایش تائیدی قرار گرفته اند | 4 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه موجود است (افراد ردیف چهارم که پاسخ آزمایش آنها موجود است) | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه موجود است و فرد از نتیجه آزمایش خود مطلع شده است (افراد ردیف پنجم که از پاسخ آزمایش خود مطلع شده اند) | 6 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است (افراد ردیف 5 که پاسخ مثبت دارند) | 7 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که در ماههای قبل آزمایش تائیدی شده و در این ماه پاسخ آزمایش تائیدی آنها آماده شده است | 8 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که در ماههای قبل آزمایش تائیدی شده و در این ماه پاسخ آزمایش تائیدی آنها آماده شده است و فرد از نتیجه آزمایش خود مطلع شده است | 9 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد افرادی که در ماههای قبل آزمایش تائیدی شده و در این ماه پاسخ آزمایش تائیدی آنها مثبت اعلام شده است | 10 |

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

جهت جمع بندی فرم های شماره یک و فرم شماره 5

مرکز بهداشت شهرستان مهاباد

مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری.

تاریخ تکمیل فرم: 93/2/31

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: آزاده وحیدی

فرم پیش نیاز برای فرم 6 تست سریع - ویژه افرادی که در پروژه ارزیابی تست سریع تشخیص HIV ارزیابی شده اند

| زمان بردار | کد محل های ارجاع (این قسمت از اطلاعات فرم شماره یک استخراج می شود) | | | | | | | | | | | | | | | مرکز مشاوره | <p>داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیصی سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .</p> |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | تعداد افرادی که توصیه به انجام تست سریع شده اند |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 6 | تعداد تست سریع انجام شده |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | تعداد تست تشخیصی سریع مثبت |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و در مرکز تحت مشاوره و آزمایش تائیدی قرار گرفته اند |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه موجود است (افراد ردیف چهارم که پاسخ آزمایش آنها موجود است) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه موجود است و فرد از نتیجه آزمایش خود مطلع شده است(افراد ردیف پنجم که از پاسخ آزمایش خود مطلع شده اند) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که دارای تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است (افراد ردیف 5 که پاسخ مثبت دارند) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که در ماههای قبل آزمایش تائیدی شده و در این ماه پاسخ آزمایش تائیدی آنها آماده شده است |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که در ماههای قبل آزمایش تائیدی شده و در این ماه پاسخ آزمایش تائیدی آنها آماده شده است و فرد از نتیجه آزمایش خود مطلع شده است |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد افرادی که در ماههای قبل آزمایش تائیدی شده و در این ماه پاسخ آزمایش تائیدی آنها مثبت اعلام شده است |

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

سازمان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی.....

تاریخ تکمیل فرم:

فرم گزارش مشاوره و آزمایش داوطلبانه

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

فرم شماره ۶ تست سریع - ویژه افرادی که در پروژه ارزیابی تست سریع تشخیص HIV ارزیابی شده

| <p>دادده های مربوط به افرادی که با تست تشخیصی سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند .</p> | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| تعداد افرادی که توصیه به تست سریع شده اند | تعداد تست سریع انجام شده | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و در مرکز مشاوره و آزمایش تائیدی قرار گرفته اند | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه موجود است | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است | تعداد افرادی که تست سریع مثبت می باشند و پاسخ آزمایش تائیدی آنها در این ماه مثبت اعلام شده است |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

مراکز مشاوره بیماریها

بیمارستانها

مرکز گذری مردان

مرکز گذری زنان

مرکز ویژه زنان آسیب پذیر

مراکز ارائه دهنده متادون تراپی

مراکز بهداشتی درمانی*

پایگاه دیدوری

مطب خصوص

جمع کل

زنان باردار

مراکز ارجاع دهنده به مرکز مشاوره

* عمدتا واحد های مراقبت مادران