در سه ماه ...... سال....... ........

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

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

**مرکز/ پایگاه مشاوره بیماری های رفتاری................**

**فرم شماره 9- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIV در زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری ازانتفال به نوزاد**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به زنان بارداری که با تست تشخیص سریع HIV مورد ارزیابی قرار گرفته اند.** | **جمع** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این سه ماه تحت تست تشخیص سریع HIV برای اولین نوبتقرار گرفته 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 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: