

وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی :

ماه : سال :

مرکز بهداشت شهرستان

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

نام محل بیمارستان / مطب / مرکز گذری

کد محل (این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود)

فرم شماره ۱ تست سریع - فرم ثبت و گزارش دهی مواردی که توصیه به انجام تست تشخیصی

ردیف	تاریخ (روز)	کد تشخیص 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	توضیحات (آدرس و شماره تلفن)	لطفا در این مکان چیزی ننویسید (متعاقبا از این قسمت در نسخه دوم برای مطابقت موارد ارجاع شده استفاده خواهد شد)
		شماره سریال	تاریخ	محل				وجود علائم ایدز / HIV پیشرفته	وجود عوامل خطر (با ذکر کد*)	تست مثبت به انجام	محل	تاریخ	نام مرکز مشاوره	شماره برگه ارجاع			

*کد عوامل خطر ۱ -مصرف تزریقی مواد ۲-ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس ۳-ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) ۴-دریافت خون یا فراورده های خونی ۵-متولد از مادر مبتلا ۶ -همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد ۷-همسر فرد مبتلا به HIV ۸ -مواجهه شغلی یا غیر شغلی ۹- سایر با ذکر مورد