

فرم های آماری و گزارش فعالیت های مراکز مشاوره ویژه گزارش دهی به مراکز بهداشت استان

این فرم ها در مراکز بهداشت شهرستان بر فرم های گزارش دهی سطح اول تکمیل و به مرکز بهداشت استان ارسال می شود

معاونت بهداشت وزارت بهداشت
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر- اداره کنترل ایدز
و
کمیته پایش و ارزشیابی برنامه کنترل ایدز کشور



فرم های آماری و گزارش فعالیت های مراکز مشاوره شهرستان ها
سطح دوم گزارش دهی

مسئولیت تکمیل فرم:

مرکز بهداشت شهرستان

گیرنده فرم های گزارش:

مرکز بهداشت استان

مبنای استخراج داده های لازم جهت تکمیل فرم:

فرم های سطح اول

تواتر زمانی گزارش دهی:

ماهانه

استفاده از فرم در سطح دریافت گزارش:

۱. محاسبه شاخص ها بر تفکیک مراکز بهداشت شهرستان ها
۲. اقدام مقتضی مبتنی بر شاخص های محاسبه شده
۳. جمع بندی فرم ها و محاسبه شاخص ها در سطح استان
۴. جمع بندی فرم ها و حذف موارد تکراری و تهیه گزارش به سطح ملی (سطح سوم) در قالب فرم های استاندارد

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

در ماه سال

فرم ۱- مراجعه بر مرکز و وضعیت پرونده ها

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز
			تعداد بار مراجعه داوطلبین مشاوره
			تعداد نفر مراجعه داوطلبین مشاوره
			تعداد نفر جدید مراجعه داوطلبین مشاوره
			تعداد بار مراجعه افراد مبتلا به HIV
			تعداد نفر مراجعه افراد مبتلا به HIV
			A. تعداد کل موارد HIV+ شناخته شده در محدوده تحت پوشش این مرکز
			B. تعداد کل موارد HIV+ فوت شده در محدوده تحت پوشش این مرکز
			C. تعداد کل HIV+ مهاجرت به داخل
			D. تعداد کل HIV+ مهاجرت به خارج
			تعداد کل افراد واجد شرایط دریافت خدمت [(A+C)-(B+D)]
			تعداد پرونده فعال (تعداد افراد HIV+ واجد شرایط دریافت خدمت که طی سه ماه گذشته حداقل یکبار به مرکز مراجعه کرده اند)
			تعداد پرونده غیر فعال (تعداد افراد HIV+ واجد شرایط دریافت خدمت که طی سه ماه گذشته به مرکز مراجعه نکرده اند)
			زندان
			عدم تمایل به مراجعه مرکز
			در حال ارجاع (فرد مهاجرت کرده اما هنوز در مرکز مقصد ثبت نشده است)
			غیرفعال با علت نامعلوم



مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۲- خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

درماه سال

کد عوامل خطر															*کل موارد مشاوره			داده									
۹-سایر			۸-مواجهه شغلی یا غیر شغلی			۷- همسر فرد مبتلا به HIV			۶- همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد			۵- متولد از مادر مبتلا									۴- دریافت خون و فرآورده های خونی			۳- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد)			۲- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	

*از آنجا که یک فرد ممکن است بیش از یک عامل خطر داشته باشد ، لذا عدد"کل موارد " لزوماً از مجموع ستون های متناظر در عوامل خطر حاصل نخواهد شد.

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

درماه سال

فرم ۳- وضعیت مراقبت و درمان سل و HIV پیشرفته و ایدز

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	
			تعداد کل پرونده های فعال در این ماه (این عدد با عدد فرم شمار ۳ یکی است)	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال در این ماه که از ابتدای سال تا کنون حداقل یکبار از نظر سل ارزیابی شده اند	ارزیابی فعال سل
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال ارزیابی شده از نظر سل از ابتدای سال تا کنون که <u>نیاز به پروفیلاکسی سل داشته اند</u>	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال ارزیابی شده از نظر سل از ابتدای سال تا کنون که <u>نیاز به درمان سل داشته اند</u>	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال ارزیابی شده از نظر سل از ابتدای سال تا کنون که <u>نیاز به اقدام خاصی برای سل نداشته اند</u>	
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط پروفیلاکسی سل هستند (مورد جدید + موارد قبلی پروفیلاکسی سل)	پروفیلاکسی سل
			تعداد افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی سل که داروی پروفیلاکسی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط درمان سل هستند (مورد جدید + موارد قبلی درمان سل)	درمان سل
			واجدین شرایط دریافت درمان سل در این ماه	
			سل اسمیر مثبت	
			سل اسمیر منفی سل خارج ریوی	
			تعداد افراد HIV واجد شرایط درمان سل که داروی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال در این ماه که طی سه ماه گذشته به منظور تعیین مرحله بیماری حداقل یکبار تحت معاینه بالینی قرار گرفته اند	ارزیابی فعال تعیین مرحله بیماری
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال در این ماه که طی شش ماه گذشته حداقل یکبار نتیجه CD4/TLC آنها مشخص شده است	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال ارزیابی شده از نظر مرحله بیماری در این سال که نیاز به پروفیلاکسی PCP داشته اند	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال ارزیابی شده از نظر مرحله بالینی در این سال که نیاز به درمان ARV داشته اند	
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط پروفیلاکسی PCP هستند (مورد جدید + موارد قبلی پروفیلاکسی PCP)	پروفیلاکسی PCP
			تعداد افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی PCP که داروی پروفیلاکسی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط پروفیلاکسی PCP هستند (مورد جدید + موارد قبلی پروفیلاکسی PCP)	درمان ARV
			تعداد افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی PCP که داروی پروفیلاکسی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	

مراقبت و درمان سل

مراقبت و درمان HIV پیشرفته و ایدز

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۴- وضعیت اقدامات پیشگیرانه انتقال مادر به کودک

درماه سال

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	
			مجموع کل زنان باردار HIV تحت پوشش در این ماه (مورد جدید + موارد قبلی زنان باردار) [a+b]	
			تعداد زنان باردار HIV که واجد شرایط پروفیلاکسی هستند (a)	
			تعداد زنان باردار HIV که واجد شرایط درمان هستند (b)	
			تعداد زنان باردار HIV که در این ماه داروی ARV دریافت کرده اند.	
			جمع تزايدی تعداد نوزاد متولد از مادر HIV+ در جمعیت تحت پوشش مرکز	
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که ۱۸ ماه یا بیشتر از تولد آن گذشته است	متولدینی که پایان این ماه، ۱۸ ماه و یا بیشتر از تولد آنها گذشته است
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که در ۱۸ ماهگی HIV مثبت بوده است	
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که در ۱۸ ماهگی HIV منفی بوده است.	
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که در ۱۸ ماهگی که وضعیت ابتلا به HIV وی نامعلوم است	
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که ۱۸ ماه و یا بیشتر از تولد آن گذشته و قبل از ۱۸ ماهگی از جمعیت تحت پوشش این مرکز خارج شده است (فوت / مهاجرت)	
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت با سن کمتر از ۱۸ ماه (کلیه متولدین از ۱۸ ماه قبل تا کنون)	متولدینی که پایان این ماه کمتر از ۱۸ ماه از تولد آنها گذشته است
			تعداد کودکان کمتر از ۱۸ ماه که تا کنون وضعیت ابتلا به HIV آنها مشخص شده است.	
			تعداد کودکان با سن کمتر از ۱۸ ماه که هنوز وضعیت ابتلا به HIV آنها مشخص نشده است (دارای الیزا مثبت که PCR انجام نشده و یا پاسخ PCR مشکوک است).	
			جمع تزايدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که کمتر از ۱۸ ماه از تولد آنها گذشته است و از جمعیت تحت پوشش این مرکز خارج شده اند (فوت / مهاجرت)	
			جمع تزايدی تعداد نوزاد متولد از مادر HIV+ در جمعیت تحت پوشش مرکز که به روش سزارین متولد شده اند	روش زایمان
			تعداد تعداد کودکان متولد از مادر HIV+ که دارای تست HIV منفی نیستند و کمتر از ۶ هفته از تولد آنها گذشته است.	پروفیلاکسی نوزادان متولد از مادر HIV +
			تعداد کودکان متولد از مادر HIV+ که در این ماه داروی پروفیلاکسی ARV را دریافت کرده اند	
			تعداد کودکان متولد از مادر HIV که در این ماه کوتریمکسازول دریافت کرده اند	
			تعداد نوزادانی که کمتر از ۱۸ ماه از تولد آنها گذشته در این ماه از تغذیه انحصاری با شیر خشک برخوردار بوده اند.	تغذیه نوزادان متولد از مادر HIV+

اقدامات پیشگیری از انتقال HIV در نوزاد

پروفیلاکسی مادران باردار

ارزیابی ابتلا نوزاد متولد از مادر HIV+

روش زایمان

پروفیلاکسی نوزادان متولد از مادر HIV +

تغذیه نوزادان متولد از مادر HIV+



مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۵- وضعیت تنظیم خانواده و مراقبت زنان

درماه سال

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	
			تعداد کل موارد متاهل دارای پرونده های فعال در این ماه	
			جمع تزاییدی کل همسر / همسران افراد متاهل دارای پرونده فعال	
			جمع تزاییدی کل همسر / همسران افراد متاهل که حداقل یکبار تا کنون نحت مشاوره و آزمایش قرار گرفته اند	
			A.تعداد زنان HIV+ دارای پرونده فعال	
			B.تعداد همسران مردان HIV+ دارای پرونده فعال هستند و HIV آنها مثبت نیستند	
			تعداد کل زنان واجد شرایط تنظیم خانواده (A+B)	
			تعداد کل زنان واجد شرایطی که در این ماه مورد ارزیابی قرار گرفته اند	
			تعداد زنان باردار	نتیجه ارزیابی زنان واجد شرایط در این ماه
			استفاده از وسیله تنظم خانواده مطمئن	
			استفاده همزمان از کاندوم	
			جمع تزاییدی تعداد افرادی که از ابتدای سال حداقل یک بار پاپ اسمیر داشته اند	
			تعداد کل افراد واجد شرایط دریافت خدمات کاهش آسیب :	
			خدمات سوزن و سوزن	افراد که خدمت کاهش آسیب سوزن و سوزن را در سایر مراکز دریافت کرده اند
			تعداد افرادی که حداقل یک بار برای دریافت خدمت کاهش آسیب سوزن و سوزن به این مرکز مراجعه کرده اند	
			تعداد افرادی که در ماه گذشته ، هفته ای یکبار برای دریافت خدمات کاهش آسیب سوزن و سوزن به این مرکز مراجعه کرده اند	
			افراد که تحت پوشش برنامه متادون در سایر مراکز هستند .	درمان نگهدارنده متادون
			افراد که تحت پوشش برنامه متادون در این مرکز هستند. [در صورتی که متادون در این مرکز ارائه می شود]	
			تعداد سوزن	ابزارهای کاهش آسیب توزیع شده در این ماه
			تعداد سوزن	
			تعداد کاندوم /جهت برنامه کاهش آسیب	
			تعداد سیفتی باکس	



مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۶- وضعیت ارجاع / مراقبت در منزل

درماه سال

داده های مورد نیاز			کل	مرد	زن
جمع تعداد افرادی که در این ماه جهت دریافت خدمات حمایتی ارجاع شده اند					
نتیجه ارجاع حمایتی					
تعداد افرادی که نتیجه حاصل شده است					
تعداد افرادی که از نتیجه ارجاع آنها اطلاعی در دست نیست					
جمع تعداد افرادی که در این ماه جهت دریافت خدمات تخصصی سرپائی ارجاع شده اند .					
نتیجه ارجاع تخصصی سرپائی					
تعداد افرادی که نتیجه حاصل شده است					
تعداد افرادی که از نتیجه ارجاع آنها اطلاعی در دست نیست					
جمع تعداد افرادی که در این ماه جهت دریافت خدمات تخصصی بستری ارجاع شده اند .					
نتیجه ارجاع تخصصی بستری					
تعداد افرادی که نتیجه حاصل شده است					
تعداد افرادی که از نتیجه ارجاع آنها اطلاعی در دست نیست					
تعداد دفعات مراقبت در منزل در این ماه					
تعداد نفراتی که در این ماه تحت مراقبت در منزل قرار گرفته اند :					
مراقبت در منزل					
مشاوره					
معاینه / مراقبت های پزشکی					
ارجاع/ ارائه خدمات حمایتی					
پیگیری و تحویل دارو					
سایر					



تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

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

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز مشاوره.....

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۱۰ - شاخص های پروفیلاکسی پس از تماس

درماه سال

جمع کل	جمع		بیشتر از ۱۵ سال		کمتر از ۱۵ سال		داده های مورد نیاز
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	
							تعداد افراد واجد شرایط دریافت پروفیلاکسی HIV
							تعداد افرادی که پروفیلاکسی HIV در آنها در کمتر از ۷۲ ساعت شروع شده است
							تعداد افرادی که نتیجه تست HIV در آنها بعد از ۱۲ هفته منفی بوده است
							تعداد افرادی که نتیجه تست HIV در آنها بعد از ۲۴ هفته منفی بوده است

بخش دوم : گزارش های محرمانه

بخش دوم :

فرم های الف - د مشخصات موارد شناخته شده که باید محرمانه ارسال شود.

این فرم ها باید در سطح اول (شهرستان) جمع آوری شده و در سطح دوم (استان) جمع بندی شده و موارد تکراری حذف شود و فرم جمع بندی شده استان به سطح سوم (ملی) ارسال شود

از آنجا که این فرم ها مبنای گزارش های ماهیانه تا سطح ملی می باشد . تکمیل و ارسال ماهیانه در تمام سطوح اجباری است.



مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم الف- موارد جدید HIV شناسائی شده

محرمانه

درماه سال

آدرس و شماره تماس	محل سکونت			مرحله بیماری در زمان تشخیص	CD4 بدو تشخیص			کد/کد های عوامل خطر ابتلا	منبع شناسائی	تاریخ تشخیص			وضعیت تاهل در زمان تشخیص	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسائی فرد				ردیف			
	نام شهر	نام شهرستان	نام استان		مقدار CD4	سال	ماه			روز	سال	ماه		روز	سال	ماه		روز	میلت	نام پدر	نام خانوادگی		نام	کد شناسائی	

محرمانه

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ب- موارد جدید HIV پیشرفته / ایدز

درماه سال

توضیحات	اولین رژیم درمانی	تاریخ شروع درمان			منبای ورود به فاز بیماری		CD4 بدو ورود به فاز بیماری			تاریخ ورود به فاز بیماری			یک یا دو عامل خطر ابتلا	تاریخ تشخیص HIV			وضعیت تاهل در زمان ورود به فاز بیماری	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسایی فرد				رتبه				
		روز	ماه	سال	کمیته تشخیص	مقدار CD4	روز	ماه	سال	روز	ماه	سال		روز	ماه	سال		روز	ماه	سال		نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد شناسایی					

تاریخ تکمیل فرم: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: امضا تکمیل کننده فرم: لازم به ذکر است تغییرات رژیم درمانی و نتایج درمان در قالب برنامه نرم افزاری "داده های افراد تحت درمان ARV" به صورت سه ماه یکبار به این سطح گزارش می شود.

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ج- گزارش موارد فوت

محرمانه

درماه سال

توضیحات	سال / سال های تولد فرزندان زیر ۱۸ سال	تعداد فرزندان		علت فوت		منبع گزارش فوت	تاریخ فوت			تاریخ گزارش فوت			کد/کدهای عوامل خطر ابتلا	تاریخ تشخیص			وضعیت ناهل در زمان فوت	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسائی فرد				ردیف													
		زیر ۱۸ سال	بالای ۱۸ سال	منجر به فوت	زمینه ایی		سال	ماه	روز	سال	ماه	روز		سال	ماه	روز		سال	ماه	روز		نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد شناسائی														

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

محرمانه

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۱-د-مهاجرت به داخل

درماه سال

مواردی که در این ماه به این مرکز / شهرستان/ دانشگاه مهاجرت کرده اند (موارد اضافه شده به موارد شناسایی قبلی)

اطلاعات مرکز مبدا			اطلاعات مرکز مقصد (این اطلاعات مشابه اطلاعات فرم الف برای موارد جدید است و این فرد از این پس بعنوان مورد مهاجرت به موارد جدید مرکز اضافه می شود)																								
کد شناسایی مرکز مبدا (کد قبلی)	تاریخ خروج از مرکز مبدا	نام مبدا مهاجرت			محل سکونت			مرحله بیماری در زمان ورود	کد/کدهای عوامل خطر ایتلا	تاریخ ورود			تاریخ تشخیص			وضعیت ناهل در زمان ورود	جنس	مشخصات شناسایی فرد در مرکز مقصد				ریشه					
		شهر	شهرستان	دانشگاه	نام شهر	نام شهر ستان	نام استان			سال	ماه	روز	سال	ماه	روز			سال	ماه	روز	نام پسر		نام خانوادگی	نام	کد شناسایی جدید		

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح دوم

فرم ۲-د- مهاجرت به خارج

محرمانه

درماه سال

موارد HIV شناسایی شده در این مرکز/شهرستان/دانشگاه که به خارج مهاجرت کرده اند (از آمار موارد شناسایی شده این مرکز کم می شوند

اطلاعات مرکز مبدا			اطلاعات مرکز مقصد (این اطلاعات مشابه اطلاعات فرم الف برای موارد جدید است و این فرد از این پس بعنوان مورد مهاجرت به موارد جدید مرکز اضافه می شود)																										
کد شناسایی مرکز مبدا (کد قبلی)	تاریخ خروج از مرکز مبدا	نام مبدا مهاجرت			محل سکونت			مرحله بیماری در زمان ورود	کد/کدهای عوامل خطر انتلا	تاریخ ورود			تاریخ تشخیص			وضعیت تاهل در زمان ورود	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسایی فرد در مرکز مقصد				رپهن				
		نام شهر	نام شهرستان	نام دانشگاه	نام شهر	نام استان	نام شهر			سال	ماه	روز	سال	ماه	روز		سال	ماه	روز		سال	ماه	روز	نام پدر		نام خانوادگی	نام	کد شناسایی جدید	

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم :