

# مجموعه فرم های آماری و گزارش فعالیت های مراکز مشاوره

ویژه گزارش دهی به مراکز بهداشت شهرستان

این فرم ها در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری بر مبنای دفاتر نظام ثبت مرکز تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود



فرم های آماری و گزارش فعالیت های مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری  
سطح اول گزارش دهی

مسئولیت تکمیل فرم:

مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری

گیرنده فرم های گزارش:

مرکز بهداشت شهرستان

مبنای استخراج داده های لازم جهت تکمیل فرم:

دفاتر و نظام ثبت مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری

تواتر زمانی گزارش دهی:

ماهانه

استفاده از فرم در سطح دریافت گزارش:

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



تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

در ماه ..... سال .....

## فرم ۱- مراجعه به مرکز

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز		
			تعداد بار مراجعه داوطلبین مشاوره	مراجعه	مشاوره و آزمایش داوطلبانه
			تعداد نفر مراجعه داوطلبین مشاوره		
			تعداد نفر جدید مراجعه داوطلبین مشاوره		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید که از طریق مراجعین قبلی با مرکز آشنا شده اند	نحوه آشنایی با مرکز	
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید که از طریق رسانه با مرکز آشنا شده اند		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید که به مرکز ارجاع شده اند		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید که از طریق مراجعین قبلی با مرکز آشنا شده اند		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید ارجاع شده از مراکز مراقبت مادران		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید ارجاع شده از سایر مراکز بهداشتی درمانی	وضعیت ارجاع به مرکز	
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید ارجاع شده از سایر مراکز بهداشتی درمانی		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید ارجاع شده از سایر مراکز مشاوره		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید ارجاع شده از سایر ارگانها		
			تعداد نفر داوطلبین مشاوره جدید ارجاع شده از سازمان انتقال خون		
			تعداد بار مراجعه افراد مبتلا به HIV	مراجعه مبتلا به HIV	
			تعداد نفر مراجعه افراد مبتلا به HIV		





## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

درماه ..... سال .....

## فرم ۳- وضعیت پرونده های فعال و غیر فعال مرکز

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	
			A. تعداد کل موارد HIV+ شناخته شده در محدوده تحت پوشش این مرکز	تعداد افراد تحت پوشش 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 های فعال / غیر فعال
			زندان	
			عدم تمایل به مراجعه به مرکز	
			در حال ارجاع ( فرد مهاجرت کرده اما هنوز در مرکز مقصد ثبت نشده است )	
			غیر فعال با علت نامعلوم	
			تعداد پرونده غیر فعال ماه گذشته با علت نامعلوم	پیگیری پرونده های غیر فعال ماه گذشته
			فوت	
			مهاجرت به خارج	
			زندان	
			در حال ارجاع	
			عدم تمایل مراجعه به مرکز	
			عدم پیگیری	
			تعداد پرونده غیر فعال ماه گذشته با علت در حال ارجاع	پیگیری پرونده های غیر فعال ماه گذشته
			ارجاع کامل شده ( مرکز مقصد کد شناسائی را اعلام کرده و فرد از لیست افراد واجد شرایط این مرکز خارج شده است )	
			در حال ارجاع باقی مانده است	



## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

فرم ۱-۴- وضعیت مراقبت و درمان سل

درماه ..... سال .....

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	
			تعداد کل پرونده های فعال در این ماه ( این عدد با عدد فرم شماره 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 شناخته شده اند ( مورد جدید پروفیلاکسی سل )	مراقبت و درمان سل
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط پروفیلاکسی سل هستند ( مورد جدید + موارد قبلی پروفیلاکسی سل )	
			تعداد افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی سل که داروی پروفیلاکسی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	
			تعداد کل افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی سل که در این ماه درمان دریافت نکرده اند	
			پایان دوره پروفیلاکسی سل	پروفیلاکسی سل
			فوت	
			مهاجرت	
			عوارض دارویی	
			عدم مراجعه /عدم تمکین بیمار	
			عدم دسترسی مرکز به دارو	
			نامعلوم	
			علل قطع درمان پروفیلاکسی در این ماه	

## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

## فرم ۲-۴- وضعیت مراقبت و درمان سل

در ماه ..... سال .....

			داده های مورد نیاز		درمان سل	ادامه فرم مراقبت و درمان سل
کل	مرد	زن				
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط درمان سل شناخته شده اند ( مورد جدید درمان سل )			
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط درمان سل هستند ( مورد جدید + موارد قبلی درمان سل )			
			سل اسمیر مثبت	واجدین شرایط دریافت درمان سل در این ماه		
			سل اسمیر منفی			
			سل خارج ریوی			
			تعداد افراد HIV واجد شرایط درمان سل که داروی خود را در این ماه دریافت کرده اند.			
			تعداد کل افراد HIV واجد شرایط درمان سل که در این ماه درمان دریافت نکرده اند			
			پایان دوره درمان سل	علل قطع درمان سل در این ماه		
			فوت			
			مهاجرت			
			عوارض دارویی			
			عدم مراجعه /عدم تمکین بیمار			
			عدم دسترسی مرکز به دارو			
			نامعلوم			

## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

درماه ..... سال .....

فرم ۱-۵- وضعیت تعیین مرحله بالینی و مراقبت و درمان 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 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 <u>نیاز به پروفیلاکسی PCP داشته</u> اند	
			جمع تزایدی کل موارد HIV+ دارای پرونده فعال ارزیابی شده از نظر مرحله بالینی در این سال که <u>نیاز به درمان ARV</u> داشته اند	
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط پروفیلاکسی PCP شناخته شده اند ( مورد جدید پروفیلاکسی PCP )	مراقبت و درمان HIV پیشرفته و ایدز
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط پروفیلاکسی PCP هستند ( مورد جدید + موارد قبلی پروفیلاکسی PCP )	
			تعداد افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی PCP که داروی پروفیلاکسی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	
			تعداد کل افراد HIV واجد شرایط پروفیلاکسی PCP که در این ماه درمان دریافت نکرده اند	
			پایان دوره پروفیلاکسی	پروفیلاکسی PCP
			فوت	
			مهاجرت	
			عوارض دارویی	
			عدم مراجعه /عدم تمکین بیمار	
			عدم دسترسی مرکز به دارو	
			نامعلوم	
			علت قطع پروفیلاکسی در این ماه	



## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

درماه ..... سال .....

## فرم ۲-۵- وضعیت تعیین مرحله بالینی و مراقبت و درمان ایدز -۲

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط درمان ARV شناخته شده اند ( مورد جدید درمان ARV )	ادامه فرم مراقبت و درمان HIV پیشرفته و ایدز
			تعداد کل افراد HIV که در این ماه واجد شرایط درمان ARV هستند ( مورد جدید + موارد درمان ARV )	
			تعداد افراد HIV واجد شرایط درمان ARV که داروی پروفیلاکسی خود را در این ماه دریافت کرده اند.	
			تعداد کل افراد HIV واجد شرایط درمان ARV که در این ماه درمان دریافت نکرده اند	
			پایان دوره پروفیلاکسی	درمان ARV
			فوت	
			مهاجرت	
			عوارض دارویی	
			عدم مراجعه /عدم تمکین بیمار	
			عدم دسترسی مرکز به دارو	
			نامعلوم	
			تعداد زنان HIV باردار که در این ماه شناخته شده اند ( مورد جدید زنان باردار HIV )	پیشگیری انتقال مادر به کودک
			مجموع کل زنان باردار HIV تحت پوشش در این ماه ( مورد جدید + موارد قبلی زنان باردار HIV) [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.	
			تعداد زنان باردار HIV که در این ماه داروی ARV دریافت نکرده اند.	
			ختم حاملگی	
			فوت	زنان باردار
			مهاجرت	
			عوارض دارویی	
			عدم مراجعه /عدم تمکین بیمار	
			عدم دسترسی مرکز به دارو	
			نامعلوم	
			علت قطع پروفیلاکسی زنان باردار در این ماه	

## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

درماه ..... سال .....

فرم ۶- وضعیت اقدامات پیشگیرانه در نوزادان متولد از مادر HIV مثبت

کل	مرد	زن	داده های مورد نیاز	اقدامات پیشگیری از انتقال HIV در نوزاد
			جمع تزایدی تعداد نوزاد متولد از مادر HIV+ در جمعیت تحت پوشش مرکز	
			جمع تزایدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که ۱۸ ماه یا بیشتر از تولد آن گذشته است	ارزیابی ابتلا نوزاد متولد از مادر HIV+
			جمع تزایدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که در ۱۸ ماهگی HIV مثبت بوده است	
			جمع تزایدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که در ۱۸ ماهگی HIV منفی بوده است .	
			جمع تزایدی کودک متولد از مادر HIV مثبت که در ۱۸ ماهگی که وضعیت ابتلا به HIV وی نامعلوم است	
			جمع تزایدی 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 تزایدی 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 ۱۸ ماه از تولد آنها گذشته است
			تعداد کودکان کمتر از ۱۸ ماه که تا کنون وضعیت ابتلا به HIV آنها مشخص شده است .	
			دارای الیزا و یا PCR منفی هستند	
			دارای PCR مثبت هستند	
			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 .)	تولد آنها گذشته است
			جمع تزایدی 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 تزایدی تعداد نوزاد متولد از مادر HIV+ در جمعیت تحت پوشش مرکز که به روش سزارین متولد شده اند	روش زایمان
			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 کوتریموکسازول 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+
			تعداد نوزادانی که کمتر از ۱۸ ماه از تولد آنها گذشته در این ماه از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بوده اند .	
			تعداد نوزادانی که کمتر از ۱۸ ماه از تولد آنها گذشته در این ماه از تغذیه همزمان با شیر خشک و شیر مادر برخوردار بوده اند	



## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

## فرم ۷- وضعیت تنظیم خانواده و مراقبت و درمان زنان

درماه ..... سال .....

داده های مورد نیاز			کل	مرد	زن
تعداد کل موارد متاهل دارای پرونده های فعال در این ماه					
جمع تزایدی کل همسر / همسران افراد متاهل دارای پرونده فعال					
جمع تزایدی 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					
استفاده از وسیله تنظیم خانواده مطمئن					
استفاده همزمان از کاندوم					
جمع تزایدی تعداد افرادی که از ابتدای سال حداقل یک بار پاپ اسمیر داشته اند					
نتیجه ارزیابی زنان واجد شرایط در این ماه					
خدمات تنظیم خانواده					



## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

## فرم ۸- وضعیت خدمات کاهش آسیب ارائه شده

درماه ..... سال .....

داده های مورد نیاز			کل	مرد	زن
جمع تزایدی موارد مبتلا به HIV با راه انتقال اعتیاد تزیدی دارای پرونده فعال در این ماه					
مصرف نمی کند					
تزیدی					
جمع تذینی / استنشاقی / خوراکی / سایر					
نامعلوم					
آخرین وضعیت مصرف مواد در افراد HIV با راه انتقال اعتیاد تزیدی دارای پرونده فعال					
کاهش آسیب در افراد HIV					
تحت پوشش برنامه متادون					
تحت پوشش برنامه سرنگ و سوزن در این مرکز					
تحت پوشش برنامه های کاهش آسیب در سایر مراکز					
نامعلوم					
وضعیت کاهش آسیب در افراد HIV که مصرف تزیدی مواد دارند .					
تعداد کل افراد واجد شرایط دریافت خدمات کاهش آسیب :					
افرادی که خدمت کاهش آسیب سرنگ و سوزن را در سایر مراکز دریافت کرده اند					
تعداد افرادی که حداقل یک بار برای دریافت خدمت کاهش آسیب سرنگ و سوزن به این مرکز مراجعه کرده اند					
تعداد افرادی که در ماه گذشته ، هفته ایی یکبار برای دریافت خدمات کاهش آسیب سرنگ و سوزن به این مرکز مراجعه کرده اند					
خدمات سرنگ و سوزن					
افرادی که تحت پوشش برنامه متادون در سایر مراکز هستند .					
افرادی که تحت پوشش برنامه متادون در این مرکز هستند [در صورتی که متادون در این مرکز ارائه می شود ]					
درمان نگهدارنده متادون					
تعداد سرنگ					
تعداد سوزن					
تعداد کاندوم /جهت برنامه کاهش آسیب					
تعداد سیفتی باکس					
ابزارهای کاهش آسیب توزیع شده در این ماه					
کاهش آسیب خدمات					



## مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

## فرم ۹- 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					















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

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز مشاوره.....

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

فرم ۱۲ - 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 - ه مشخصات موارد شناخته شده که باید محرمانه ارسال شود.

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

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

فرم الف- موارد جدید HIV شناسایی 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 شناسایی	تاریخ تشخیص			وضعیت تاهل در زمان تشخیص	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسایی فرد					ردیف
	نام شهر	نام شهرستان	نام استان		مقدار CD4	سال	ماه	روز			سال	ماه	روز		سال	ماه	روز		میلیت	نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد شناسایی	

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

فرم ب- موارد جدید HIV پیشرفته /ایدز

محرمانه

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			کد اکت های عوامل خطر ابتلا	تاریخ تشخیص HIV			وضعیت تاهل در زمان ورود به فاز بیماری	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسائی فرد				تایید		
		روز	ماه	سال	کمیونیت	مقدار CD4	روز	ماه	سال	روز	ماه	سال		روز	ماه	سال		روز	ماه	سال		نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد شناسائی			

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.

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:



مجموعه فرم های گزارش دهی سطح اول

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

مرکز بهداشت شهرستان .....

مرکز مشاوره .....

**محرمانه**

فرم ج- گزارش موارد فوت

در ماه ..... 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 تاهل در زمان فوت	تاریخ تولد			جنس	مشخصات شناسائی فرد				ردیف											
		زیر ۱۸ سال	بالای ۱۸ سال	منجر به فوت	زمینه ای		سال	ماه	روز	سال	ماه	روز		سال	ماه	روز		سال	ماه	روز		نام پیر	نام خانوادگی	نام	کد شناسائی												

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:





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)																					
				نام مبدا مهاجرت			محل سکونت			مرحله بیماری در زمان ورود	کد/کدهای عوامل خطر ابتلا	تاریخ ورود			تاریخ تشخیص			وضعیت تاهل در زمان ورود			تاریخ تولد			مشخصات شناسایی فرد در مرکز مقصد	
کد شناسایی مرکز مبدا (کد قبلی)	تاریخ خروج از مرکز مبدا	شهر	شهرستان	نام دانشگاه	نام شهر	نام استان	سال	ماه	روز			سال	ماه	روز	وضعیت تاهل در زمان ورود	سال	ماه	روز	جنس	نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد شناسایی جدید		

محرمانه



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

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز مشاوره.....

دفتره - پروفیلاکسی پس از تماس

پیگیری بعد از ۲۴ هفته	HCV	HBS	HIV	پیگیری بعد از ۱۲ هفته	HCV	HBS	HIV	پیگیری بعد از ۴-۶ هفته	HCV	HBS	HIV	زمان شروع درمان ART	ساعت	تاریخ	تاریخ دریافت واکسن هپاتیت B	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	تاریخ دریافت ایمونوگلوبولین	واجد شرایط دریافت پروفیلاکسی		شکل تماس	نوع مواجهه	زمان مواجهه		ساعت	تاریخ	سال	ماه	روز	جنس	مشخصات شناسایی فرد				ردیف	
																				هپاتیت B	HIV			ساعت	تاریخ							نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد شناسایی		

امضا تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم: