مجموعه
۳

مجموعه فرم های آماری و گزارش فعالیت های مراکز مشاوره

ویژه گزارش دهی به مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

این فرم ها در مراکز بهداشت استان برمبنای فرم های گزارش دهی سطح دوم تکمیل و تا بیستم هر ماه به مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت ارسال می شود

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

مجموعه۳

فرم های آماری و گزارش فعالیت های مراکز استان معاونت های بهداشتی

سطح سوم گزارش دهی

مسئولیت تکمیل فرم:	**مرکز بهداشت استان**
گیرنده فرم های گزارش:	**مرکز مدیریت بیماریها ی واگیر /اداره کنترل ایدز**
مبنای استخراج داده های لازم جهت تکمیل فرم:	**فرم های سطح دوم**
تواتر زمانی گزارش دهی:	**ماهیانه**
استفاده از فرم در سطح دریافت گزارش:	**۱. محاسبه شاخص ها به تفکیک استان ها** **۲. اقدام مقتضی مبتنی بر شاخص های محاسبه شده** **۳. جمع بندی فرم ها و محاسبه شاخص ها در سطح ملی** **۴. جمع بندی فرم ها وحذف موارد تکراری آمار نهایی ملی** **۵. گزارش به سطوح بین المللی**

محرما نه

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

درماه ..... سال .....

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

فرم الف- موارد جدید HIVشناسائی شده

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

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل گننده فرم:

امضا تگمیل کننده فرم:

محرما نه

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

درماه ..... سال .....

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

فرم ب- موارد جدید HIVپیشرفته /ایدز

ردیف	مشخصات شناسائی فرد				جنس	تاریخ تولد			وضعیت تاهل در زمان ورود به فاز بیماری	تاریخ تشخیص HIV			کد /کد های عوامل خطر ابتلا	تاریخ ورود به فاز بیماری			CD4 بدو ورود به فاز بیماری				مبنای ورود به فاز بیماری		تاریخ شروع درمان			اولین رژیم درمانی	توضیحات
	کد شناسائی	نام	نام خانوادگی	نام پدر		روز	ماه	سال		روز	ماه	سال		روز	ماه	سال	روز	ماه	سال	مقدار CD4	بالینی یا آزمایشگاهی		روز	ماه	سال		

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 (سطح سوم) گزارش می شود.

تاریخ تکمیل فرم : **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:** **امضا تکمیل کننده فرم:**

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محرما نه

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

درماه ..... سال .....

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

فرم ج- گزارش موارد فوت

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

تاریخ تکمیل فرم : **نام و نام خانوادگی تکمیل گننده فرم:** **امضا تگمیل کننده فرم:**

محرمانه

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

درماه ...... سال ....

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

فرم ۱-د-مهاجرت به داخل

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

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

تاریخ تکمیل فرم :　　　　نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:　　　　امضا تکمیل کننده فرم:

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

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محرما نه

درماه ..... سال .....

مجموعه فرم های گزارش دهی سطح سوم

فرم ۲-د- مهاجرت به خارج

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

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

تاریخ تکمیل فرم : نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: امضا تکمیل کننده فرم: