

فرم ارسال نمونه تشخیص HIV

نام دانشگاه:		نام شهرستان ارسال کننده:	
کد بیمار:		نام مرکز:	
تاریخ ارسال نمونه:		تاریخ دریافت نمونه:	

مشخصات نمونه

- جنسیت: زن مرد مادر باردار نوزاد
- سن بیمار:
- نوع نمونه: سرم پلاسما خون تام کیفیت نمونه: مناسب نامناسب
- * ذکر علل نامناسب بودن نمونه:

نوع درخواست

انجام Viral Load

در صورت درخواست انجام Viral Load دلیل درخواست انجام این تست ذکر شود:

۱. مادر باردار
 ۲. نوزاد
 ۳. سوئیچ درمان
 ۴. عدم انطباق
 ۵. مراقبت روتین
- در صورت انجام Viral Load قبلی، آخرین تاریخ انجام به همراه نتیجه ذکر شود:

- ۱.
 - ۲.
 - ۳.
- در صورت انجام شمارش CD4 در گذشته تاریخ و نتیجه انجام دو شمارش قبلی CD4
- ۱.
 - ۲.

- آیا بیمار سابقه تغییر دارو با احتمال مقاومت دارویی دارد؟ بله خیر

در صورت پاسخ بله رژیم دارویی فعلی چیست؟

• آیا بیمار عفونت مشترک با دیگر میکروارگانیسم‌ها یا بیماری زمینه‌ای دیگری دارد؟ بله خیر

در صورت پاسخ بله با گزینه‌های زیر مشخص کنید:

۱. هپاتیت سی

۲. هپاتیت بی

۳. سل

۴. سایر، با ذکر نام

آزمون تشخیص سریع

تاریخ انجام آزمون تشخیص سریع: - نوع کیت تشخیصی و شماره کاتولوگ:

Reactive

Non Reactive

Grayzone

- نتیجه آزمون تشخیص سریع:

- نام و امضا شخص انجام دهنده آزمون سریع:

آزمون Elisa

- تاریخ و ساعت دریافت نمونه: - نام و امضا فرد دریافت کننده نمونه:

- تاریخ انجام آزمون Elisa:

Reactive Non Reactive Grayzon

- نتیجه آزمون Elisa:

- نوع کیت Elisa و شماره کاتولوگ:

- نام و امضا شخص انجام دهنده آزمون Elisa:

آزمون فلوسایتومتري (CD4 Count)

- تاریخ انجام آزمون CD4 Count:

- نتیجه آزمون CD4 Count:

- نام و امضا شخص انجام دهنده آزمون CD4 Count:

آزمون مولکولی Quantitative Real Time PCR

- تاریخ انجام آزمون qRT-PCR (Viral Load):

- نتیجه آزمون qRT-PCR (Viral Load):

- نام و امضا شخص انجام دهنده آزمون qRT-PCR (Viral Load):

نام و نام خانوادگی مسئول فنی آزمایشگاه مرجع

امضا مسئول فنی