

فرم بررسی انفرادی مورد AIDS/HIV

مرکز گزارش دهنده : تاریخ بررسی :

۱ - (مشخصات بیمار)

نام و نام خانوادگی : نام پدر : سن : جنس :

تحصیلات : وضعیت تاهل : تعداد اعضای خانوار : شغل :

آدرس و تلفن محل سکونت :

تلفن همراه (الزامی می باشد) :

آدرس و تلفن محل کار :

۲ - نتایج آزمایش :

* قطعی دو الیزا : * وسترن بلات : * CD4 :

۳ - سوابق بیمار :

○ آیا سابقه حبس یا اقامت در مراکز بازپروری (زندان یا بهزیستی) را دارد ؟ نام مرکز یا زندان قید شود :

○ آیا سابقه سفر یا اقامت خارج از کشور را دارد ؟ کشور و زمان قید شود :

○ سابقه تماس با کدامیک از عوامل خطر را داشته :

○ آیا سابقه تزریق خون و فرآورده های خونی داشته است ؟

○ آیا سابقه اعتیاد تزریقی داشته است ؟

○ آیا تزریق با سوزن مشترک داشته است ؟ تعداد شرکا ؟

○ آیا سابقه تماس جنسی مشکوک داشته است ؟ تعداد شرکای جنسی ؟

نوع تماس : هموسکشوال هتروسکشوال واژینال آنال اورال

*آلودگی همسر بررسی شود :

○ آیا تولد از مادر آلوده داشته است ؟ نام مادر و شماره سریال قید شود :

*در این صورت آیا مادر در دوره حاملگی برای پیشگیری دارو یافت کرده است ؟

○ با کدام یک از عوامل خطر زیر تماس داشته است ؟ (زمان قید شود)

دیالیز سوراخ کردن گوش ختنه جراحی خالکوبی دندانپزشکی حجامت تصادف شغلی

۴ - آیا سابقه بیماریهای آمیزشی و هپاتیت B و C دارد ؟

۵ - علت مراجعه چیست ؟ اگر علائم شاخص ایدز وجود دارد قید شود ؟

۶ - آیا در مورد سل بررسی شده است ؟ اگر دارو میگیرد و آزمایش خلط داده قید شود :

۷ - آیا دارو جهت پیشگیری از عفونتهای فرصت طلب می گیرد ؟ نام دارو و زمان شروع دارو قید شود :

۸ - سایر داروهای مصرفی قید شود ؟

۹ - آیا با بیمار مشاوره شده است ؟

۱۰ - آیا خانواده بیمار مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته اند ؟