

فرم بررسی انفرادی مورد HIV و AIDS

نام مرکز گزارش دهنده

تاریخ بررسی

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی نام پدر سن

جنس میزان تحصیلات وضعیت تاهل بعد خانوار

شغل

آدرس محل سکونت و تلفن :

آدرس محل کار :

۲- نتایج آزمایشات (قطعی ۲ الیزا و یک وسترن بلات) CD₄

۳- سوابق بیمار

الف - آیا سابقه حبس یا اقامت در مراکز بازپروری (زندان یا بهزیستی) را دارد نام محل زندان یا مرکز و زمان قید شود

ب - آیا سابقه سفر یا اقامت خارج از کشور را دارد (کشور و زمان قید شود)

ج - سابقه تماس با کدامیک از عوامل خطر را داشته

ج-۱- سابقه تزریق خون و فرآورده خونی

ج-۲- سابقه اعتیاد وریدی دارد ؟

آیا تزریق مشترک داشته تعداد شرکا قید شود

ج-۳- آیا سابقه تماس جنسی مشکوک داشته تعداد شرکا

نوع تماس : هموسکسوال :

هتروسکسوال :

واژینال

آنال

اورال

آلودگی همسر بررسی شود

ج-۴- آیا تولد از مادر آلوده داشته

و در اینصورت آیا مادر در دوره حاملگی برای پیشگیری دارو دریافت کرده

ج-۵- با کدام یک از عوامل خطر زیر تماس داشته و زمان قید شود

دیالیز

جراحی

ختنه

تصادف شغلی

دندانپزشکی

۴- آیا سایر بیماریهای آمیزشی و هپاتیت B و C را دارد

۵- علت مراجعه چیست و بیماریهای شاخص ایدز و علائم قید شود

۶- آیا در مورد سل بررسی شده ، اگر دارو می گیرد و آزمایش خلط داده قید شود

۷- آیا دارو جهت پیشگیری از عفونت های فرصت طلب می گیرد نام دارو ، و زمان شروع دارو قید شود

۸- سایر داروها قید شود

۹- آیا با بیمار مشاوره شده است

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

نام و امضاء فرد بررسی کننده :