

فرم شماره ۱۲ - ثبت و گزارش اقدامات انجام یافته به منظور پیشگیری از انتقال ایدز و سیفیلیس به نوزادان

آدرس و تلفن	نام مرکز یا پایگاه مشاوره که فرد ارجاع شده	تغذیه نوزاد		وضعیت نوزاد		نوع زایمان		پروفیلاکسی دارویی ایدز (با ذکر نوع دارو)		درمان دارویی سیفیلیس (با ذکر نوع دارو)		مشکوک یا مبتلا به HIV، ایدز**	مشکوک یا مبتلا به سیفیلیس*	سن (سال تولد)	نام و نام خانوادگی	تاریخ	ردیف
		شیر مادر	شیر خشک	زنده	مرده	سزارین	طبیعی	مادر	نوزاد								

مشکوک یا مبتلا به سیفیلیس*: ۱- زخم تناسلی -۲ VDRL+ -۳ FTA-abs+
مشکوک یا مبتلا به HIV، ایدز**: ۱- Rapid Test + -۲ Elisa + -۳ WB+

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: