

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم های محور ۳

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

این فرم توسط پرستار کنترل عفونی بیمارستان جهت زنان بارداری که مبتلا یا مشکوک به ابتلا به HIV و یا سیفیلیس هستند، تکمیل می گردد و ماهیانه به واحد مبارزه با بیماری های مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

- در زنان بارداری که جهت زایمان مراجعه کردند و مشکوک یا مبتلا به سیفیلیس هستند، علاوه بر مشخصات کلی زن باردار (تاریخ زایمان، نام و نام خانوادگی، سن به سال و آدرس و تلفن)، قسمتی از فرم که مربوط به اقدامات انجام یافته جهت PMTCT است باید تکمیل گردد.

- با توجه به شرایط بیمار در ستون مشکوک یا مبتلا به سیفیلیس کد مربوط به تشخیص نوشته شود.

- در صورت تجویز داروی برای مادر و نوزاد به تفکیک با ذکر نوع دارو ثبت گردد در غیر اینصورت

نوشته شود "دارو تجویز نشده است."

- روش انجام زایمان نوشته شود.

- وضعیت نوزاد با ذکر زنده و یا مرده زایی ثبت گردد. (مرده زایی موارد مرگ جنین بعد از شروع

هفته ۲۲ حاملگی است که نوزاد بدون علائم حیاتی به دنیا می آید.)

- مکان ارجاع بعد از زایمان نوشته شود.

- در بقیه ستون های غیر مرتبط خط تیره گذاشته شود.

- در زنان بارداری که جهت زایمان مراجعه کردند و مبتلا به HIV هستند و یا دارای تست تشخیص سریع HIV

، Reactive هستند (کد مربوط به دلیل تشخیص نوشته شود)، علاوه بر مشخصات کلی زن باردار (تاریخ

زایمان، نام و نام خانوادگی، سن به سال و آدرس و تلفن)، قسمتی از فرم که مربوط به اقدامات انجام یافته

جهت PMTCT است باید تکمیل گردد.

- در صورت تجویز داروی پروفیلاکسی برای مادر و نوزاد به تفکیک با ذکر نوع دارو ثبت گردد در غیر

اینصورت نوشته شود "دارو تجویز نشده است."

- روش انجام زایمان نوشته شود.

- وضعیت نوزاد با ذکر زنده و یا مرده زایی ثبت گردد. (مرده زایی موارد مرگ جنین بعد از شروع هفته

۲۲ حاملگی است که نوزاد بدون علائم حیاتی به دنیا می آید.)

- نوع تغذیه نوزاد نوشته شود.

- مکان ارجاع بعد از زایمان نوشته شود.

- در بقیه ستون های غیر مرتبط خط تیره گذاشته شود.

- اگر زن بارداری در زایمان مبتلا به HIV و سیفیلیس می باشد کل ستون ها باید تکمیل گردد.

- یک نسخه از فرم در بیمارستان و نسخه دیگر آن به مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهیانه ارسال می گردد.
- اطلاعات این فرم در فرم شماره ۱۰ محور ۲ وارد می شود و به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد.
- توجه شود که آمار تکراری اعلام نشود.