

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

کد محل:  {این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود}

فرم شماره ۱ تست سریع - فرم ثبت و گزارش دهی مواردی که توصیه به انجام تست تشخیصی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید . (متعاقبا از این قسمت در نسخه دوم برای مطابقت موارد ارجاع شده استفاده خواهد شد.)	توضیحات (آدرس و شماره تلفن)	نام فرد انجام دهنده تست	مشخصات ارجاع موارد مثبت به مراکز مشاوره		نتیجه تست			علت توصیه به انجام آزمایش		سن تخمینی بارداری در صورت بارداری	جنس	سن	کد تست تشخیصی سریع فرد			تاریخ (روز)	ردیف
			شماره برگه ارجاع	نام مرکز مشاوره	نوع تست	نتیجه تست	وجود عامل/عوامل خطر ( با ذکر کد*)	وجود علائم ایدز/HIV پیشرفته	۶				۳	تیمار سه‌ریال			

\*کد عوامل خطر ۱- مصرف تزریقی مواد ۲- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس ۳- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) ۴- دریافت خون فرآورده های خونی ۵- متولد از مادر مبتلا ۶- همسر فردیکهدار ایبیکباز عوامل خطر میباشد ۷- همسر فرد مبتلا به HIV ۸- مواجهه شغلی با غیر شغلی ۹- سایر با ذکر مورد

این فرم بصورت ماهیانه و در دو نسخه تهیه می شود نسخه اول در محل پایگانی شده و نسخه دوم به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.

کد محل:  {این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود}

**پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV**
**فرم شماره ۲ تست سریع - فرم گزارش دهی تعداد تست تشخیصی سریع HIV**
**بخش اول - تعداد موجودی/مصرفی تست تشخیصی سریع HIV**

	تعداد تست موجودی قبلی (a)
	تعداد تست تحویلی در این ماه (b)
	تعداد بیمار تست شده در این ماه* (این عدد باید با فرم شماره ۱ مطابقت داشته باشد)
	کل تعداد تست مصرف شده در این ماه (c) (شامل تست بیماران و تست های کنترل کیفی و پرت)
	تعداد باقیمانده در این ماه $\{(a+b) - c\}$

**بخش دوم - کنترل کیفی تست تشخیصی سریع HIV**

ازمایش کنترل کیفی	تعداد تست انجام شده	تعداد نتیجه هم خوان
با کنترل مثبت		
با کنترل منفی		

این فرم در دو نسخه تهیه می شود یک نسخه در محل پایگانی شده و یک نسخه ماهیانه به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.

## پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع

فرم شماره ۳ تست سریع - فرم ارجاع به مرکز مشاوره پس از انجام تست

به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری .....

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ..... با کد

شماره سریال	سال	کد محل

که در این مرکز با

تست تشخیصی سریع تحت ارزیابی قرار گرفته است . جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

نام محل بیمارستان /مطب /مرکز گذری .....

نام و امضا فرد ارجاع دهنده: .....

این فرم در دونسخه تهیه می شود یک نسخه در محل پایگانی شده و یک نسخه به بیمار جهت مراجعه به مرکز مشاوره تحویل می گردد.

به مرکز گذری / مرکز مشاوره ویژه زنان / واحد MMT /بیمارستان / .....

با سلام

شماره سریال	سال	کد محل

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ..... با کد

معرفی شده از

آنمرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات زیر به وی ارائه گردید :

۱- از نامبرده نمونه خون جهت آزمایش های تکمیلی گرفته شد . ۲- نامبرده به آزمایشگاه انتقال خون معرفی شد . 

۳- سایر خدمات ذکر شود .....

مهر و امضای مسئول مرکز / پایگاه مشاوره

