

فرم نظام ثبت نوزادان متولد شده از مادران آلوده به ویروس HIV

معاینه اولیه

تاریخ:...../...../.....

مشخصات فردی

اطلاعات دموگرافیک

نام و نام خانوادگی :

قد موقع تولد:

شماره پرونده:

وزن موقع تولد:

سن: جنسیت:

مذکر ☐ مونث ☐

دور سر موقع تولد:

تحصیلات والدین:

پدر:

مادر:

سن حاملگی:

محل سکونت:

روش حاملگی (معمولی، اهدا اسپرم و ...):

شماره تماس: ثابت :

همراه:

روش زایمان:

شغل پدر:

سن پدر:

شغل مادر:

سن مادر:

پدر زنده است یا نه:

زمان تشخیص بیماری در پدر:

سابقه ازدواج قبلی در پدر:

زمان تشخیص بیماری در مادر:

سابقه ازدواج قبلی در مادر:

سابقه ابتلا به HIV در خواهر یا برادر:

فامیل بودن پدر و مادر:

سابقه بیماریهای دیگر در مادر مانند هپاتیت و غیره:

سابقه اعتیاد در پدر:

سابقه بیماریهای دیگر در پدر مانند هپاتیت و غیره

سابقه اعتیاد در مادر:

خالکوبی در پدر:

خالکوبی در مادر:

پزشک معالج :

ریسک فاکتورها

راه آلوده شدن مادر:

راه آلوده شدن پدر:

تشخیص	درمان
علامت بیماری در موقع تولد: روش تشخیص بیماری در مادر: روش تشخیص بیماری در پدر: آیا پدر مورد شناخته شده بود: آیا مادر مورد شناخته شده بود: آیا حاملگی براساس دستورالعمل کشور بود یا اتفاقی: آخرین ویرال لود در مادر و زمان انجام آن: آخرین ویرال لود در پدر و زمان انجام آن: آخرین CD4 در پدر و زمان انجام آن: آخرین CD4 در مادر و زمان انجام آن: مرحله بیماری مادر: مرحله بیماری پدر:	زمان شروع درمان ضد رتروویروسی در مادر: مدت زمان داروی ضد ویروسی در مادر: زمان درمان ضد رتروویروسی در پدر: رژیم درمانی مادر: رژیم درمانی پدر: پروفیلاکسی زیدوویدین به مادر در حین حاملگی: زمان شروع درمان ضد رتروویروسی پروفیلاکسی در نوزاد: رژیم پروفیلاکسی در نوزاد: صحیح بودن دوز دارو و زمان آن در نوزاد :

HIV follow-up questionnaire

مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی :	
سن:	جنسیت: ☐ مذکر ☐ مونث
تحصیلات والدین:	پدر: مادر:
محل سکونت:	
شماره تماس:	ثابت: همراه:
سابقه قبلی بیماری:	
قد:	
وزن:	
اندازه دور سر:	
BMI:	
داروهای مورد استفاده:	
تاریخ آلوده شدن:	/...../.....
پزشک معالج:	
تاریخ مراجعه:	/...../.....

نوع درمان و تمکین به درمان:

آیا مرتب دارو مصرف شده است:	نام داروی مصرفی را ذکر نمایید:
☐ بله ☐ خیر	
دوز دارو چقدر بوده است؟	آیا دوز داروی مصرف شده مناسب بوده است:
	☐ بله ☐ خیر

آزمایش خون:

آیا آزمایش خون (CBC) یک ماهگی انجام شده است:	آیا نتیجه آزمایش خون (CBC) یک ماهگی نرمال است:
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر

نتیجه آزمایش خون (CBC) (تاریخ):

CBCdiff		TG	
MCHC		Estrogens	
WBC		Androgens	
RBC		Progesterone	
HB		FSH	
HC		LH	
HCV		SHBG	
HCH		BUN	
R.D.W		Cr	
PLT		U/A	
PTE		U/C	
MPV		BT	
MCH		CT	
MCV		VDRL	
M/E		ABG	
FBS		C3-convertase	
RF		C4	
SGOT		Factor I	
SGPT		Factor D	
ALKP		Factor B	
PT		MASP	
PTT			
INR			
ANA			
ESR			
CRP			
HDL			
LDL			

اطلاعات تکمیلی:

مدت زمان رژیم پروفیلاکسی نوزاد:	وضعیت واکسیناسیون شیر خوار:
زمان انجام ویرال لود (viral load) اولیه:	زمان پاسخ ویرال لود اولیه:
نتیجه ویرال لود اولیه (روزهای اول):	زمان شروع پروفیلاکسی کوتریموکسازول:
زمان انجام ویرال لود دوم:	زمان پاسخ ویرال لود دوم:
نتیجه ویرال لود دوم (۶-۸ ماهگی):	زمان قطع کوتریموکسازول:
زمان تزریق واکسن ب. ث. ژ	وضعیت ابتلا به HIV شیر خوار:
زمان انجام ویرال لود سوم در شیرخوار:	زمان پاسخ ویرال لود سوم در شیرخوار:
نتیجه پاسخ ویرال لود سوم:	پاسخ موفولوژی دو سالگی:
اقدامات انجام شده:	نتیجه نهایی:
توضیحات اضافی:	