**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان**

**معاونت بهداشتي**

**فرم آماری ماهانه** PMTCT **ماه ......سال ........**

**مرکز خدمات جامع سلامت شهری .................... روستایی...............پایگاه بهداشتی ............... خانه بهداشت .............**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به زنان بارداری که با تست تشخیص سریع** HIV **مورد ارزیابی قرار گرفته اند.** | **تعداد** |
| **تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری تشکیل داده اند.** |  |
| **تعداد تست تشخیص سریع** HIV **انجام شده برای اولین نوبت در زنان باردار در این ماه** |  |
| **تعداد تست تشخیص سریع** HIV **انجام شده برای دومین نوبت برای زنان باردار در این ماه** |  |
| **تعداد تست تشخیصی**HIV **انجام شده توسط آزمایشگاه برای زنان باردار در این ماه** |  |
| **تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص سریع**HIV **مثبت هستند.** |  |
| **تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص تأییدی مثبت هستند.** |  |
| **تعداد زنان باردار**HIV **مثبتی که در این ماه درمان پرو فیلاکسی برای آنها شروع شده است.** |  |
| **تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار**HIV **مثبت در این ماه** |  |
| **تعداد نوزادان متولد شده از مادر**HIV **مثبت که دراین ماه درمان پروفیلاکسی دریافت کردند.** |  |
| **تعداد نوزادان متولد شده از مادر**HIV **که دراین ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند.** |  |

تاریخ و تکمیل کننده فرم ................... پزشک مسئول مرکز