**دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی بیرجند**

**مرکز بهداشت شهرستان بیرجند**

**مرکز/ پایگاه بهداشتی درمانی**

 **فرم شماره 8ب- گزارش وضعیت آزمایش تست تشخیص سریع HIVدر زنان باردار و اقدامات مرتبط با پیشگیری ازانتفال به نوزاد**

|  |  |
| --- | --- |
| **داده های مربوط به افرادی که با تست تشخیص سریع HIVمورد ارزیابی قرار گرفته اند .** | **تعداد** |
|  |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه پرونده بارداری تشکیل داده اند. | 0 |
| تعداد زنان بارداریکه در این ماه توصیه به انجام تست تشخیص سریع HIVبرای اولین نوبتشده اند. | 0 |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برای اولین نوبتدر زنان باردار در این ماه | 0 |
| تعداد تست تشخیص سریع HIV انجام شده برایدومین و سومین نوبتبرای زنان باردار در این ماه | 0 |
| تعداد زنان بارداری که در این ماه دارای تست تشخیص سریع HIVمثبت هستند. | 0 |
| تعداد زایمان سزارین انجام شده برای زنان باردار HIV مثبت در این ماه  | 0 |
| تعداد نوزادان متولد شده از مادر HIV مثبت که در این ماه شیر خشک جهت تغذیه دریافت کردند. | 0 |

 تاریخ تکمیل:

نام و سمت تکمیل کننده: