

**دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی............**

**مرکز بهداشت شهرستان.**

**نام محل بیمارستان/مطب/ مرکز**

**کد محل }**

**دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی............**

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV**

**فرم شماره2تست 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 مادر باردار تست شده در این ماه\*****(**این عدد باید با فرم شماره 1 مطابقت داشته باشد**)** |  |
| **تعداد موارد پیش از بارداری تست شده در این ماه\*** |  |
| **تعداد موارد افراد پرخطر و مراجعین تست شده در این ماه\*** |  |
| **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** | **0** | **0** |
| **با کنترل منفی** | **0** | **0** |

**این فرم در دونسخه تهیه می شود یک نسخه در محل بایگانی شده و یک نسخه ماهیانه به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد.**

نام و سمت تکمیل کننده: