|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ** | **نام و نام خانوادگی** | **سن (سال تولد)** | **مشکوک یا مبتلا به سیفیلیس\*** | **مشکوک یا مبتلا به HIV، ایدز\*\*** | **درمان دارویی سیفیلیس( با ذکر نوع دارو)** | | **پروفیلاکسی دارویی ایدز( با ذکر نوع دارو)** | | **نوع زایمان** | | **وضعیت نوزاد** | | **تغذیه نوزاد** | | **نام مرکز یا پایگاه مشاوره که فرد ارجاع شده** | **آدرس و تلفن** |
| **مادر** | **نوزاد** | **مادر** | **نوزاد** | **طبیعی** | **سزارین** | **زنده** | **مرده** | **شیر مادر** | **شیر خشک** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



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

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

**بیمارستان ...................**

**فرم شماره12 - ثبت و گزارش اقدامات انجام یافته به منظور پیشگیری از انتقال ایدز و سیفیلیس به نوزادان**

**ماه ........... سال ..............**

**مشکوک یا مبتلا به سیفیلیس\* :1-زخم تناسلی 2- VDRL+ 3-FTA-abs+**

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:**

**مشکوک یا مبتلا به HIV، ایدز\*\* :1- Rapid Test + 2- Elisa + 3- WB+**