

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

سازمان / دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

تاریخ مراجعه :

مرکز بهداشت شمال تهران

نام خانوادگی تکمیل کننده :

مرکز بهداشتی درمانی / مرکز مشاوره :

مهر و امضاء

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی :

نام پدر : تاریخ تولد :

جنسیت : مرد زن وضعیت تاهل : متاهل مجرد مطلقه همسر مرده سایر موارد تعداد فرزندانشغل : محصل خانه نظامی کارگر راننده بیکار سایر موارد شغل همسر : محصل خانه دار نظامی کارگر راننده بیکار سایر موارد تحصیلات : بی سواد دبستان راهنمایی دبیرستان تحصیلات عالی وضعیت بیمه : دارد ندارد

نشانی :

شماره تماس :

ارجاع از : بهزیستی داوطلبانه مراکز بهداشتی درمانی بخش خصوصی زندان انتقال خون سایر موارد

سابقه عوامل خطر (پس از مقایسه با اطلاعات موجود در فرم مرجع ، نقص ها برطرف شود)

زندانی مصرف کننده تزریقی مواد رفتار جنسی پر خطر دریافت خون و فرآورده های خون اهدا کننده خون فرزند مادر آلوده آلوده به HIV علائم نشانگر ایدز بیماری آمیزشی ثابت شده ابتلا به سل سایر موارد

سوابق پزشکی

سابقه مصرف دارو و حساسیت دارویی :

سابقه بیماری های دیگر :

شرح حال

شکایت اصلی :

فشار خون : قد : سرفه مزمن : دارد ندارد نبض : وزن : اسهال مزمن : دارد ندارد تنفس : کاهش وزن : کیلو گرم در مدت ماه : سایر موارد

درجه حرارت :

علائم مثبت	معاینه
	پوست
	چشم
	دهان
	گوش
	پاروتید
	قلب
	ریه
	شکم
	کبد
	طحال
	کلیه
	دستگاه تناسلی
	اندام ها
	استخوان ها و عضله ها
	سیستم عصبی
	حالت های روانی
	سایر موارد

سایر علائم و یا نشانه ها :

لنفادنوپاتی : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
	محل
	قرینگی
	تعداد
	قوام
	دردناکی
	تحرک
	اندازه
	مدت زمان ابتلا

مهم :



تاریخ تشخیص با **WB** :

مرحله بیماری در اولین معاینه : مرحله بدون علامت ایدز بر اساس **CD4** ایدز بر اساس شواهد نشانگر ایدز

در صورتی که در مرحله ایدز است شمارش **CD4** :

تاریخ	نتیجه آزمایش	آزمایش	تاریخ	نتیجه آزمایش	آزمایش
		Cbc – diff			Toxo Ab
		ESR			HBsAg
		PLT			HCV Ab
		TLC			RPR/VDRL
		Pap smear			FTA-abs
		سایر موارد			PPD
		سایر موارد			Sputum smear

روش پیشگیری در حال حاضر

قرص ضد بارداری
 آی یودی
 کاندوم
 توبکتومی / وازکتومی
 از هیچ روشی استفاده نمی کند
 سایر موارد