**儿童编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□—□**

## 表2 艾滋病感染妇女及所生儿童个案登记卡（保密）

 **省（自治区、市） 县（市、区）**

|  |
| --- |
| **2-I 艾滋病感染妇女基本情况** |
| 1. **基本信息**

**姓 名： 身份证号： .****出生日期： 1 9 9 1 年 0 1 月 0 8 日（如出生日期不详，实足年龄： 3 0 岁）****民 族： √ 汉、 壮、 满、 回、 苗、 维吾尔、 彝、 土家、 蒙古、 藏、 其他** **文化程度： 文盲/半文盲、 小学、 √ 初中、 高中（含中专、职业高中、技工学校等） 大专或大学、 硕士及以上、 不详****职 业： 学生（研究生、大学、中学）、 教师、 保育员及保姆、 餐饮食品业、 商业服务、 医务人员、 工人、** **农民工、 农民、 牧民、 渔（船）民、 干部职员、 离退人员、 √ 家务及待业、 其他 、 不详****婚姻状况： 未婚、 初婚、 再婚、 同居、 离婚、 丧偶** **孕产情况： 0 4 孕次、 0 2 产次、 0 2 现有子女数****现住址（详填）： 四川 省 广安 市 广安 县（区） 东岳 乡（镇、街道） 东恒路 村 14 （门牌号****户口所在地： 云南 省 保山 市 龙陵 县（区） 龙新 乡（镇、街道） 绕廊 村 15 （门牌****联系电话：**  |
| **二、艾滋病病毒感染相关情况****1、本次妊娠前是否已知HIV感染（仅感染孕产妇填写）： 否（选否，跳至3）、 √ 是：本次是确诊HIV感染后第 次妊娠****2、既往确诊艾滋病感染时所处的服务时期： 婚前检查、 人工流产、 引产、 孕期保健、 产时、 产后、 √ 其他** **3、确诊艾滋病病毒感染时间（根据确认报告单填写）： 2 0 1 9 年 1 1 月 0 1 日****4、本次接受艾滋病检测服务所处的时期： 婚前检查、 人工流产、 引产、 √ 孕期保健、 产时、 产后****5、最可能的艾滋病病毒感染途径：** **注射毒品、 性传播、 采血（浆）、 输血/血制品、 母婴传播、 职业暴露、 √ 不详、 其他** **6、相关危险行为（可多选）：** **√ 与HIV感染配偶或男友的性生活、 多性伴、 商业性行为、 注射吸毒、 有偿采供血、 输血或使用血制品、** **纹身或穿耳等身体刺伤、 意外伤害、 职业暴露、 医源性感染、 不详、 其他** **7、本次妊娠末次月经时间： 2 0 2 1 年 0 1 月 1 4 日；预产期： 2 0 2 1 年 1 0 月 2 1 日；初检孕周： 周** |
| **三、丈夫/性伴检测情况（现任丈夫或性伴）****HIV检测情况： √ 未检测、 检测、 不详****HIV检测结果： 阴性、 阳性， 不详****明确感染的时间： 年 月 日、 不详****最可能的艾滋病病毒感染途径：** **注射毒品、 异性传播、 同性传播、 采血（浆）、 输血/血制品、 母婴传播、 职业暴露、 不详、 其他** **相关危险行为（可多选）：** **无危险行为、 多性伴、 嫖娼、 同性性行为、 注射吸毒、 有偿采供血、 输血或使用血制品、** **纹身或穿耳等身体刺伤、 意外伤害、 职业暴露、 医源性感染、 不详、 其他**  |
| **报告单位（盖章）： 广安区人民医院 报告医生： 夏仁芬** **联系电话： 15982606021 填报日期： 2 0 2 1 年 0 3 月 2 5 日****备注（非必填）：**  |
| **2-II 艾滋病感染妇女妊娠及所生婴儿情况** |
| **一、本次妊娠、孕产期保健及分娩情况****本次妊娠末次月经时间： 年 月 日，预产期： 年 月 日，初检孕周： 周****妊娠结局： 分娩、 自然流产、 人工终止妊娠，终止妊娠孕周： 周、 其他** **是否失访： 未失访、 已失访，失访时期： 孕周或产后 周****孕产期异常情况（多选）： 未发生、 早产、 中重度贫血、 妊娠高血压疾病、 胎膜早破、 活跃期停滞、 产后出血、** **妊娠合并糖尿病、 妊娠合并心脏病、 妊娠合并乙肝、 妊娠合并丙肝、 妊娠梅毒、 其他** **分娩方式： 自然分娩、 阴道助产、 择期剖宫产、 急诊剖宫产、 不详****分娩时间： 年 月 日 时 分， 孕周+ 天，总产程 小时 分****分娩地点： 市级以上助产机构、 县（区）级助产机构、 乡（街道）级助产机构、 家中、 其他** **分娩机构名称：** **产科操作（可多选）： 无、 侧切、 人工破膜、 胎吸、 产钳、 宫内头皮监测、 不详、 其他** **分娩胎数： 单胎、 双胎、 三胎、 其他 （多胎请另附本表分别填写围产儿、新生儿有关内容）****孕产妇结局： 存活、 死亡，死亡原因 、 不详****围产儿转归： 活产、 死胎死产、 七天内死亡、 不详****围产儿异常情况（可多选）： 无、 早产或低出生体重、 新生儿肺炎、 新生儿窒息、 出生缺陷 、 其他** **随访情况：孕期随访 次** |
| **二、孕产妇抗病毒药物应用情况： 用药、 未用药（跳至“三、孕产妇相关检测情况”）****开始用药时间： 孕前，时间 年 月 日 孕期， 孕周、 产时、 产后****孕前： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次****孕期： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次****产时： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次****产后： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次****停止用药情况： 未停药、 已停药，停药时间： 孕期， 孕周、 产时、 产后 天** |
| **三、孕产妇相关检测情况： 进行过检测（检测填写结果，未检测用“/”表示）、 未进行任何检测（跳至“四、新生婴儿情况”）** |
|  **相关检测** **检测孕周/时间** | **检测结果** **孕周** | **检测结果** **孕周** | **检测结果****孕晚期 孕周/ 产时** | **检测结果****产后 周** |
| **病毒载量（拷贝/ ml）****白细胞计数（× 109/L）****总淋巴细胞计数（× 109/L）****血小板计数（× 109/L）****血红蛋白（g/L）****谷丙转氨酶（ALT）（u/L）****谷草转氨酶（AST）（u/L）****总胆红素（T.BIL）（μmol/L）****血肌酐（μmol/L）****血尿素氮（mmol/L）****CD4细胞计数（个/mm3）****CD8细胞计数（个/mm3）** |  **;** **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** |  **;** **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** |  **;** **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** |  **;** **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** |
| **四、新生婴儿情况（如有多个活产婴儿，请分别填写婴儿基本情况及用药情况）****姓名： 性别： 男、 女 出生日期： 年 月 日****出生体重： 克 出生身长： . 厘米** **存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 ，死亡时间： 年 月 日****预防接种情况： 未接种、 乙肝疫苗第一剂、 卡介苗、 不详****婴儿早期诊断检测（出生后48小时内）： 是、采血时间， 年 月 日 时 分 否****检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详、 其他**  |
| **五、新生婴儿抗病毒药物应用情况： 用药、 未用药（跳至“报告单位（盖章）处”）****开始用药时间： 年 月 日 时 分****药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次** |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话： 填报日期： 年 月 日****备注（非必填）：** |
|  **2-III 艾滋病感染产妇及所生儿童随访情况** |
| 1. **基本情况**

**儿童姓名： 性别： 男、 女 出生日期： 年 月 日****民族： 汉、 壮、 满、 回、 苗、 维吾尔、 彝、 土家、 蒙古、 藏、 其他** **随访日期： 年 月 日 儿童月龄： 月 随访人姓名：**  |
| **二、感染妇女情况****（一）随访情况： 随访、 未随访、 已失访，失访原因** **（二）存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 、 不详****（三）转介服务： 未提供、 提供，转介原因 ，转介机构** **（四）避孕情况： 未避孕、 不详** **避孕，避孕方法（可多选）： 安全套、 宫内节育器、 口服避孕药、 不详、 其他**  **开始应用避孕方法时间： 年 月** |
| **三、儿童情况****（一）随访情况： 随访、 未随访、 已失访，失访原因 （儿童在满21月龄前不报告失访）****（二）存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 ，死亡时间： 年 月 日****（三）转介服务： 未提供、 提供，转介原因1 ，转介机构1**  **转介原因2 ，转介机构2** 1. **生长发育：体重： 不详、 . 千克 身长： 不详、 . 厘米，**

 **生长发育评价：年龄别体重 上 中 下 年龄别身长 上 中 下 身长别体重 上 中 下** **（五）喂养方式： 纯母乳喂养、 人工喂养、 混合喂养、 其他** **（六）继续服用抗病毒药物：** **是 药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次** **否 停药时间： 年 月 日****（七）疾病情况（多选）： 未发现、 病理性黄疸、 上呼吸道感染、 病理性腹泻、 肺炎、 贫血、** **佝偻病、 中重度营养不良、 不详、 其他** **（八）相关症状（多选）： 未发现、 间歇或持续性发热、 持续性咳嗽、 皮疹、 全身性淋巴结肿大、** **口、咽部念珠菌感染、 肝脾肿大、 不详、 其他**  **（九）预防接种情况：****卡介苗： 未接种、 接种、 不详****乙肝疫苗： 未接种、 接种，（第 1/ 2/ 3剂）、 不详****脊髓灰质炎疫苗： 未接种、 接种，（第 1/ 2/ 3剂）、 不详****麻疹疫苗： 未接种、 接种、 不详百白破混合制剂： 未接种、 接种，（第 1/ 2/ 3针）、 不详****其他： 未接种、 接种， 、 不详****（十）HIV检测： 未检测， 已检测，检测时间： 年 月 日****（十一）HIV检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详、 其他** **（十二）本次随访期间HIV检测方法（多选）： 核酸检测、 抗体筛查、 免疫印迹试验（WB）、 其他**  |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ 填报日期： 年 月 日****备注（非必填）：**  |