



ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ສູນວິໄຈພະຍາດຊຶມເຊື້ອລາວ-ຄຣິສຕົຟ ເມຣີເອີ
ຖະໜົນສາມແສນໄທ, ບ້ານເກົ້າຍອດ, ເມືອງສີສັດຕະນາກ
ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ



Tel: +856 (0) 21 260 357, Fax: +856 (0) 21 260 358

Contact:
Dr Phimpha, 5551-0755
Mr Johnny, 5997-7722

ແບບຟອມ ສຳລັບ ການກວດບົ່ງມະຕິການຕິດເຊື້ອ HIV ໄດ້ໄວໃນເດັກ
Early Diagnosis / confirmation of HIV infection in newborns Form

1. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເດັກ

ວ/ດ/ປ ເກັບຕົວຢ່າງ: ___/___/___ ເວລາ:.....h..... (ໃຫ້ຂຽນທຸກຄັ້ງທີ່ເກັບຕົວຢ່າງ)
ຊື່: _____ ລະຫັດຄ/ຈ: ___/_____ ວ/ດ/ປເກີດ: ___/___/_____ ເພດ: ຊາຍ ຍິງ

ສະຖານທີ່ເກີດ: ໂຮງໝໍ, ສຸກສາລາ, ບ້ານ

ວິທີການເກີດ: ເກີດທຳມະຊາດ; Cesa; Ventouses

ການໃຫ້ຢາ ARV ຫຼັງເກີດ: ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ ໄດ້ໃຫ້, ເຊິ່ງມີຢາ AZT NVP ອື່ນໆ: _____
ໄລຍະເວລາໃຫ້ຢາ ARV _____ ອາທິດ

ການໃຫ້ນົມເດັກຫຼັງເກີດ: ນົມແມ່ ນົມຜິງ ໃຫ້ທັງນົມແມ່ ແລະ ນົມຜິງ

2. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແມ່

ຊື່ ຫຼື ລະຫັດແມ່: ___/___/___ ອາຍຸ: ___..__ ວ/ດ/ປ ບົ່ງມະຕິ HIV: ___/___/___

ຈຳນວນ CD4 ຄັ້ງສຸດທ້າຍ: _____ ວ/ດ/ປ ທີ່ກວດ: ___/___/___ ບໍ່ໄດ້ກວດ

ຈຳນວນ VL ຄັ້ງສຸດທ້າຍ: _____ Cp/ml ວ/ດ/ປ ທີ່ກວດ: ___/___/___ ບໍ່ໄດ້ກວດ

ການໃຫ້ຢາ ARV: ກ່ອນການຖືພາ, ໄລຍະຖືພາ, ຫຼັງເກີດລູກ ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບຢາ ARV

• ຖ້າໃຫ້ຢາ ARV **ໃນໄລຍະການຖືພາ**, ອາຍຸຄັນໄດ້ _____ ອາທິດ

ຖ້າໄດ້ຮັບຢາ ARV, ສຸດຢາ ທີ່ໃຊ້ໃນປະຈຸບັນແມ່ນ: 1st line 2nd line ສຸດທາງເລືອກ ອື່ນໆ: _____

ຕົວຢາ ARV ທີ່ໃຊ້ມີ: d4T AZT NVP Tenofovir

3TC ddl EFV Atazanavir/r

ວ/ດ/ປ ເລີ່ມໃຊ້ຢາສຸດນີ້: ___/___/___

ຊື່ໂຮງໝໍ/ຄຣິນິກ: _____ ຊື່ທ່ານໝໍ: _____ ເບີໂທ: _____ ລາຍເຊັນທ່ານໝໍ: _____

ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນຊ່ອງຫວ່າງໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ຖ້າບໍ່ຮູ້ຫຼືບໍ່ມີຂໍ້ມູນ ໃຫ້ຂຽນຄຳວ່າ “ບໍ່ຮູ້” ຫຼື “ບໍ່ມີ” ໃສ່ໃນຊ່ອງຫວ່າງ.

ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ສຳລັບພະນັກງານ ສູນ ສວລມ ເທົ່ານັ້ນ:

ຕົວຢ່າງທີ່ຮັບມາຈາກໂຮງໝໍ ແມ່ນໄດ້ຕາມມາດຕະຖານທີ່ກຳນົດໄວ້ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

HIV-EID

Code LRM