

แบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี

ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน

(สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

***การรายงานทารก/ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีผลการตรวจเลือดพบ HIV Positive โดยวิธี HIV-PCR

1.การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน

HN เด็ก _____ เลขประจำตัวประชาชน _____ (เลขประจำตัว 13 หลัก)

1.1 การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน (กรณีเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ ให้ระบุรายละเอียดในข้อนี้

ผู้ป่วยเด็กทารกอายุต่ำกว่า 18 เดือน ที่มารดาได้รับการยืนยันการติดเชื้อ HIV ขณะตั้งครรภ์หรือคลอด ตรวจพบ Major signs 2 อย่าง และ Minor signs 1 อย่าง

ผู้ป่วยเด็กซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 18 เดือน ที่มารดาได้รับการยืนยันการติดเชื้อ HIV ขณะตั้งครรภ์หรือคลอด ตรวจพบ Major signs 1 อย่าง

Major signs

Minor signs

Weight loss or failure to thrive

Generalized Lymphadenopathy or hepatosplenomegaly

Chronic/Recurrent diarrhea than 1 month

Oral thrush

Chronic/Recurrent fever more than 1 month

Repeated common infections(otitis,pharyngitis)

Severe or recurrent lower or persistent respiratory tract infection

Chronic cough

Generalized dermatitis

ในกรณีที่ติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาส กรุณาระบุ PCP TB อื่นๆระบุ _____ ไม่มีข้อมูล

1.2 การตรวจ PCR และผลตรวจ	ว/ด/ป ที่ตรวจ	ผลตรวจ	ประเภทของการส่ง PCR
การตรวจ PCR ที่แรกเกิด	___/___/25	positive negative indeterminate	DBS whole blood
การตรวจ PCR ครั้งที่ 1	___/___/25	positive negative indeterminate	DBS whole blood
การตรวจ PCR ครั้งที่ 2	___/___/25	positive negative indeterminate	DBS whole blood
การตรวจ PCR ครั้งที่ 3 (ถ้ามี)	___/___/25	positive negative indeterminate	DBS whole blood

1.3 การตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวี (Anti - HIV)

ไม่ได้ตรวจ

ได้ตรวจ ระบุวันที่ตรวจและผลตรวจ

ว/ด/ป ___/___/25 ผล positive negative indeterminate

ว/ด/ป ___/___/25 ผล positive negative indeterminate

2.ประวัติการคลอดของเด็ก

รหัส ACC Number _____

2.1 จำนวนทารกที่คลอด

จำนวนทารกคลอดมีชีวิต ระบุ _____ อายุครรภ์ที่คลอด _____ สัปดาห์

บุตรลำดับที่ _____ น้ำหนักแรกเกิดกรัม _____

2.2 ข้อมูลการเกิดของเด็ก เพศ ชาย หญิง

2.2.1 วัน/เดือน/ปีเกิด ___/___/25 (พ.ศ.) 2.2.2 สัญชาติ ไทย ต่างดาว ระบุ _____

3. ประวัติของแม่

HN แม่ _____ อายุแม่ _____ ปี สัญชาติ _____

สถานภาพ สมรส โสด หย่าร้าง หม้าย แยกกันอยู่ ไม่ทราบ

สิทธิการรักษา ราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ _____

ชื่อโรงพยาบาลที่ฝากครรภ์ _____ ชื่อโรงพยาบาลที่คลอด _____ วันเดือนปีที่คลอด _____

3.1 แม่ได้รับการบริการฝากครรภ์หรือไม่

- ไม่ได้รับ ได้รับ ที่โรงพยาบาลที่คลอด
 ได้รับ โรงพยาบาลรัฐอื่นแต่ไม่ใช้โรงพยาบาลที่คลอด(คนละ รพ.) ได้รับ ที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกพิเศษที่อื่น

3.2 แม่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

- แม่ไม่ติดเชื้อ
 แม่ติดเชื้อ ระบุ ก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ หลังคลอดบุตร

3.3 สถานะการติดเชื้อของ สามี/คู่ ติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ ไม่ทราบ

3.4 ตั้งครรภ์ครั้งที่ (Gravida) _____

3.5 อายุครรภ์ตอนที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก _____ สัปดาห์

3.6 ระยะเวลาที่ถุงน้ำแตกก่อนคลอด ระบุ _____ ชม.

3.7 วิธีการคลอด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- คลอดปกติ ผ่าคลอด - Elective C/S ผ่าคลอด - Emergency C/S Forceps Vacuum

3.8 CD4 ล่าสุด จำนวน _____ cells/mm³ วันที่ตรวจ CD4 ____/____/25____ ไม่ทราบ

3.9 Viral Load (VL)ล่าสุด จำนวน _____ copies/ml วันที่ตรวจ VL ____/____/25____ ไม่ทราบ

4. ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

		สูตรยาต้านไวรัส					วันเดือนปีที่เริ่มยา	วันเดือนปีที่หยุดยา	ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส
		HARRT (ระบุสูตร)	AZT+NVP (mg)	NVP (mg)	AZT+3TC (mg)	AZT (mg)			
แม่	ก่อนตั้งครรภ์								
	ระหว่างการตั้งครรภ์								
	ระหว่างเจ็บครรภ์/คลอด								
	หลังคลอด								
ทารก	ระบุสูตรยา PMTCT AZTหรือAZT+3TC+NVP								

5. ประวัติการให้นมและอาหารทารก

5. การให้นมทารก

5.1 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล นมผงอย่างเดียว นมแม่และนมผง นมแม่อย่างเดียว อื่นๆ ระบุ _____

5.2 หลังจากออกจากโรงพยาบาลจนผลเลือด PCR เป็นบวก นมผงอย่างเดียว นมแม่และนมผง นมแม่อย่างเดียว
 อื่นๆ ระบุ _____

5.3 ประวัติการเคี้ยวอาหาร ป้อนทารก/เด็ก ไม่มี มี ระบุว่าโดยใคร _____

6. กรณีที่ทารกเสียชีวิต กรุณาระบุ สาเหตุการเสียชีวิตของทารก

6.1 ทารกได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือไม่ ไม่ได้ ได้ ระบุสูตรยา และวันเดือนปีที่เริ่มยา

AZT+3TC+LPV/r AZT+3TC+NVP อื่นๆระบุ.....

ระบุ วันเดือนปีที่เริ่มยา...../...../.....

Clinical cause of death : เลือกสาเหตุหลักเพียงข้อเดียว กรณีไม่แน่ใจให้บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

6.2 สาเหตุการเสียชีวิต

TB PCP Malnutrition แพ้ยา ระบุ.....

Sepsis Pneumonia Diarrhea/dehydration อื่นๆ.....

ระบุไม่ได้หรือไม่ทราบสาเหตุ

Root cause : ที่คาดว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิต (กรณีมีมากกว่า 1 สาเหตุ ให้ใส่หมายเลขลำดับสาเหตุจากสูงสุดไปต่ำสุดเป็น 1, 2, 3,.....)

6.3 เข้าระบบบริการระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ระบุสาเหตุหลักตามลำดับ (ตอบได้ > 1 สาเหตุ)

____(a) วินิจฉัยช้า มี OI หรือ CD4 ในช่วง 3 เดือนแรกหลังวันที่วินิจฉัย < 25 %

____(b) ลงทะเบียนหลังวินิจฉัยนานมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป

____(c) ลงทะเบียนเข้ารับบริการแล้ว แต่ผู้ป่วยขาดการติดตาม

____(d) อยู่ในระบบบริการ แต่ไม่ได้รับการตรวจติดตาม CD4 หรือให้ยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสม

____(e) รับ refer หรือผู้รับบริการมาจาก รพ./ สิทธิอื่น เมื่อป่วยระยะสุดท้าย

6.4 Co-morbidity จาก Non AIDS related illnesses ระบุ.....

6.5 อื่น ระบุ.....
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ

กรุณาส่งข้อมูลแบบรายงานกลับมายังที่ อยู่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

88/22 ม.4 ต.ตลาดขวัญ ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

เบอร์โทรศัพท์ 02-590-4437, 02-590-4424 โทรสาร 02-590-4427

.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้จัดการเชิงรุกของหน่วยงานต่างๆจะ ทำการปลดรหัสที่เชื่อมโยงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเช่น ID, HN รายชื่อของโรงพยาบาล ออกจากฐานข้อมูลนำมาทำการวิเคราะห์