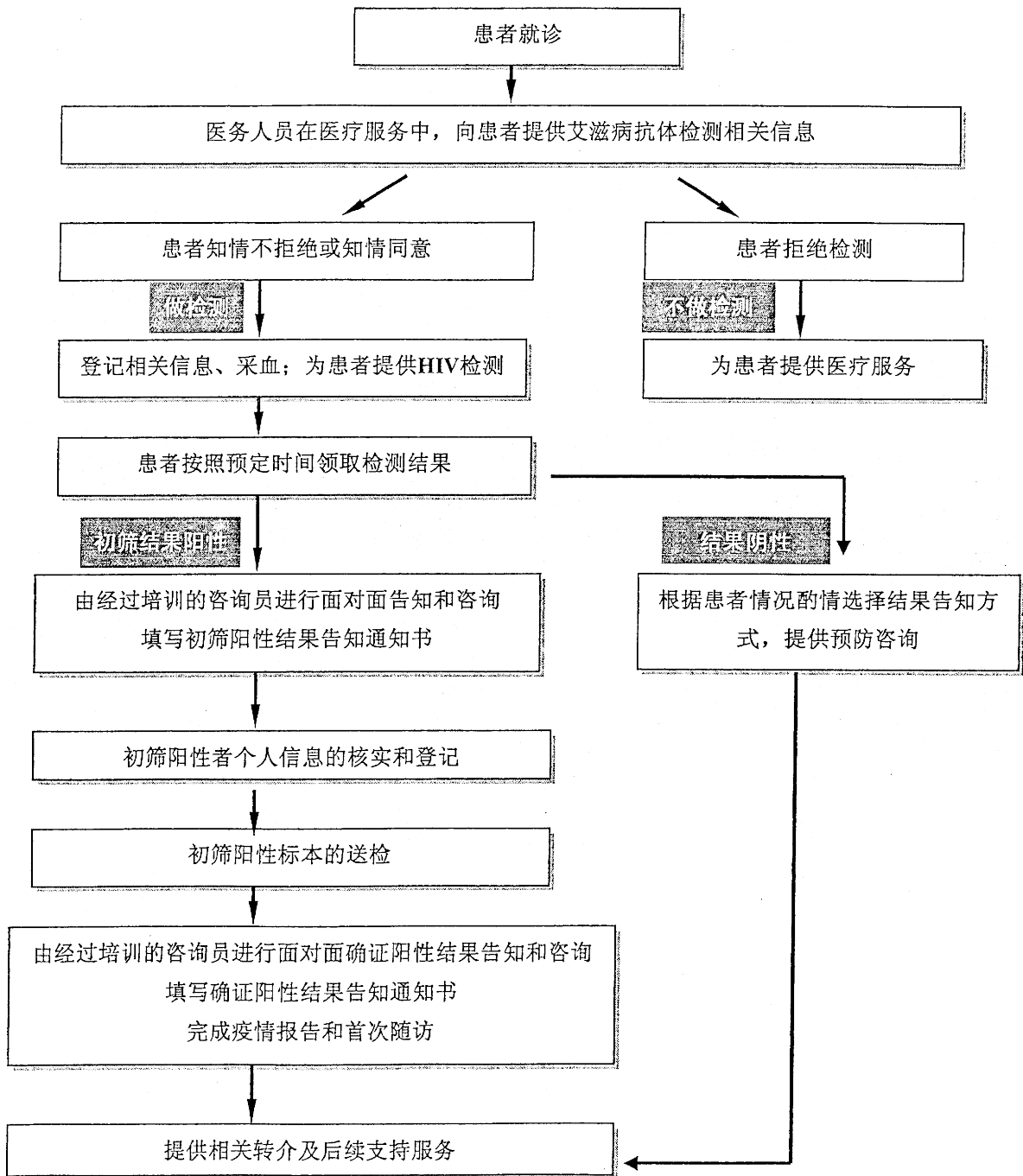


医务人员主动提供艾滋病检测咨询服务 (PITC) 工作流程



医务人员主动提供艾滋病检测咨询（PITC）与艾滋病 自愿咨询检测（VCT）的主要区别

	PITC	VCT
检测的提出者	医疗卫生机构的医务人员	求询者和患者
知情表达方式	以知情不拒绝为主 (只要不提出拒绝, 则视为同意, 可以不表态)	知情同意 (须对检测做出同意的表态)
对咨询的要求	检测前不提供咨询, 不要求作危险评估, 仅提供简化信息。检测后提供咨询, 阳性结果面对面告知, 阴性告知方式视情况而定	检测前咨询必须作危险评估, 检测前和后都必须提供面对面咨询, 无论检测结果阳性还是阴性, 都须面对面告知
对场所的要求	不严格, 一般诊室	较严格, 须有一对一的咨询环境, 最好有单独房间, 以保护隐私
对提供服务者的要求	不高。除阳性结果告知需由获得艾滋病咨询员资质的人员进行外, 所有接受过 PITC 培训的医疗卫生机构的医务人员都可提供相关服务	较高, 必须是具备咨询员的基本素质, 接受过艾滋病咨询专业培训, 掌握咨询原则和咨询技巧的人员
表格填写	简化, 由实验室人员填写“艾滋病病毒抗体筛查情况统计报表”	咨询员填写咨询个案登记表和相关记录等
服务地点	多在医疗卫生机构内	在 VCT 服务点或到目标人群活动场所

PITC 检测前信息服务内容

各位就诊人员：

您好！欢迎您到我单位就诊！

艾滋病是一种由艾滋病病毒（HIV）引起的病死率极高的慢性传染病，传播途径主要为性接触传播、共用注射器吸毒传播和母婴传播，艾滋病病毒进入人体后逐步破坏人体的免疫功能，在经过平均 8-10 年的潜伏期后发病，若不进行抗病毒治疗，患者一般将在发病后 1-2 年内死亡。云南省是艾滋病流行的重灾区，估计实际感染人数已超过 8 万人，目前我省相当数量的感染者不知道自身的感染状况，错过了抗病毒治疗的最佳时机，并在不知不觉中将病毒传给配偶和子女。

为了落实国家艾滋病“四免一关怀”政策，使更多的感染者知晓自身的感染状况，及时获得免费抗病毒治疗和母婴阻断服务，延长生命，防止配偶间传播和母婴传播。我单位为前来就诊的患者提供保密的艾滋病检测咨询服务，在您就诊过程中，医生将为您开具 HIV 抗体检测化验单，若您不提出拒绝即视为同意，您可以于采血后第_____天到（地点）获取您的检测结果。我们承诺对您的检测资料和检测结果保密。

您有权拒绝接受 HIV 检测，拒绝检测不会影响您享受的医疗服务。

谢谢您的配合，祝您早日康复！

附件 5. 中华人民共和国传染病报告卡

中华人民共和国传染病报告卡

卡片编号: _____ 报卡类别: 1、初次报告 2、订正报告

患者姓名*: _____ (患儿家长姓名: _____)	
身份证号: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性别*: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期*: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (如出生日期不详, 实足年龄: _____ 年龄单位: <input type="checkbox"/> 岁 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 天)	
工作单位: _____ 联系电话: _____	
病人属于*: <input type="checkbox"/> 本县区 <input type="checkbox"/> 本市其他县区 <input type="checkbox"/> 本省其它地市 <input type="checkbox"/> 外省 <input type="checkbox"/> 港澳台 <input type="checkbox"/> 外籍	
现住址(详填)*: _____ 省 _____ 市 _____ 县(区) _____ 乡(镇、街道) _____ 村 _____ (门牌号)	
患者职业*: <input type="checkbox"/> 幼托儿童、 <input type="checkbox"/> 散居儿童、 <input type="checkbox"/> 学生(大中小学)、 <input type="checkbox"/> 教师、 <input type="checkbox"/> 保育员及保姆、 <input type="checkbox"/> 餐饮食品业、 <input type="checkbox"/> 商业服务、 <input type="checkbox"/> 医务人员、 <input type="checkbox"/> 工人、 <input type="checkbox"/> 民工、 <input type="checkbox"/> 农民、 <input type="checkbox"/> 牧民、 <input type="checkbox"/> 渔(船)民、 <input type="checkbox"/> 干部职员、 <input type="checkbox"/> 离退人员、 <input type="checkbox"/> 家务及待业、 <input type="checkbox"/> 其他()、 <input type="checkbox"/> 不详	
病例分类*: (1) <input type="checkbox"/> 疑似病例、 <input type="checkbox"/> 临床诊断病例、 <input type="checkbox"/> 实验室确诊病例、 <input type="checkbox"/> 病原携带者 (2) <input type="checkbox"/> 急性、 <input type="checkbox"/> 慢性(乙型肝炎、血吸虫病填写)	
发病日期*: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (病原携带者填初检日期或就诊时间)	
诊断日期*: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
死亡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
甲类传染病*: <input type="checkbox"/> 鼠疫、 <input type="checkbox"/> 霍乱	
乙类传染病*: <input type="checkbox"/> 传染性非典型肺炎、 <input type="checkbox"/> 艾滋病、病毒性肝炎(<input type="checkbox"/> 甲型、 <input type="checkbox"/> 乙型、 <input type="checkbox"/> 丙型、 <input type="checkbox"/> 戊型、 <input type="checkbox"/> 未分型)、 <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎、 <input type="checkbox"/> 人感染高致病性禽流感、 <input type="checkbox"/> 麻疹、 <input type="checkbox"/> 流行性出血热、 <input type="checkbox"/> 狂犬病、 <input type="checkbox"/> 流行性乙型脑炎、 <input type="checkbox"/> 登革热、 炭疽(<input type="checkbox"/> 肺炭疽、 <input type="checkbox"/> 皮肤炭疽、 <input type="checkbox"/> 未分型)、痢疾(<input type="checkbox"/> 细菌性、 <input type="checkbox"/> 阿米巴性)、肺结核(<input type="checkbox"/> 涂阳、 <input type="checkbox"/> 仅培阳、 <input type="checkbox"/> 菌阴、 <input type="checkbox"/> 未痰检)、伤寒(<input type="checkbox"/> 伤寒、 <input type="checkbox"/> 副伤寒)、 <input type="checkbox"/> 流行性脑脊髓膜炎、 <input type="checkbox"/> 百日咳、 <input type="checkbox"/> 白喉、 <input type="checkbox"/> 新生儿破伤风、 <input type="checkbox"/> 猩红热、 <input type="checkbox"/> 布鲁氏菌病、 <input type="checkbox"/> 淋病、梅毒(<input type="checkbox"/> I 期、 <input type="checkbox"/> II 期、 <input type="checkbox"/> III 期、 <input type="checkbox"/> 胎传、 <input type="checkbox"/> 隐性)、 <input type="checkbox"/> 钩端螺旋体病、 <input type="checkbox"/> 血吸虫病、 疟疾(<input type="checkbox"/> 间日疟、 <input type="checkbox"/> 恶性疟、 <input type="checkbox"/> 未分型)	
丙类传染病*: <input type="checkbox"/> 流行性感冒、 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎、 <input type="checkbox"/> 风疹、 <input type="checkbox"/> 急性出血性结膜炎、 <input type="checkbox"/> 麻风病、 <input type="checkbox"/> 流行性和地方性斑疹伤寒、 <input type="checkbox"/> 黑热病、 <input type="checkbox"/> 包虫病、 <input type="checkbox"/> 丝虫病、 <input type="checkbox"/> 除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。	
其他法定管理以及重点监测传染病:	
订正病名: _____	退卡原因: _____
报告单位: _____	联系电话: _____
报告医生: _____	填卡日期*: _____ 年 _____ 月 _____ 日
备注:	

《中华人民共和国传染病报告卡》填卡说明

卡片编码：由报告单位自行编制填写。

姓名：填写患者或献血员的名字（性病 /AIDS 等可填写代号），如果登记身份证号码，则姓名应该和身份证上的姓名一致。

家长姓名：14 岁以下的患儿要求填写患者家长姓名。

身份证号：尽可能填写。既可填写 15 位身份证号，也可填写 18 位身份证号。

性别：在相应的性别前打√。

出生日期：出生日期与年龄栏只要选择一栏填写即可，不必既填出生日期，又填年龄。

实足年龄：对出生日期不详的用户填写年龄。

年龄单位：对于新生儿和只有月龄的儿童请注意选择年龄单位，默认为岁。

工作单位：填写患者的工作单位，如果无工作单位则可不填写。

联系电话：填写患者的联系方式。

病例属于：在相应的类别前打√。用于标识病人现住地址与就诊医院所在地区的关系。

现住地址：至少须详细填写到乡镇（街道）。现住址的填写，原则是指病人发病时的居住地，不是户籍所在地址。如献血员不能提供本人现住地址，则填写该采供血机构地址。

职业：在相应的职业名前打√。

病例分类：在相应的类别前打√。采供血机构报告填写献血员阳性检测结果；乙肝、血吸虫病例须分急性或慢性填写。

发病日期：本次发病日期；病原携带者填初检日期或就诊时间；采供血机构报告填写献血员献血日期。

诊断日期：本次诊断日期；采供血机构报告填写 HIV 第二次初筛阳性结果检出日期。

死亡日期：死亡病例或死亡订正时填入。

疾病名称：在作出诊断的病名前打√。

其他传染病：如有，则分别填写病种名称，也可填写不明原因传染病和新发传染病名称。

订正病名：直接填写订正后的病种名称。

退卡原因：填写卡片填报不合格的原因。

报告单位：填写报告传染病的单位。

报告人：填写报告人的姓名。

填卡日期：填写本卡日期。

备注：用户可填写一些文字信息，如传染途径、最后确诊非传染病病名等。

注：报告卡带“*”部份为必填项目。

附件 6. 传染病报告卡艾滋病性病附卡

注意保密

传染病报告卡艾滋病性病附卡

卡片编号: _____

患者姓名: _____ (患儿家长姓名: _____) 民族: _____ 族	
婚姻状况: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚有配偶 <input type="checkbox"/> 离异或丧偶 <input type="checkbox"/> 不详	
文化程度: <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中或中专 <input type="checkbox"/> 大专及以上	
户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 乡(镇、街道) _____ 村 _____ (门牌号)	
疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 艾滋病病毒感染	<input type="checkbox"/> 艾滋病
梅毒 (<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期 <input type="checkbox"/> 胎传 <input type="checkbox"/> 隐性)	<input type="checkbox"/> 淋病
生殖道沙眼衣原体感染 (<input type="checkbox"/> 确诊病例 <input type="checkbox"/> 无症状感染)	<input type="checkbox"/> 尖锐湿疣 <input type="checkbox"/> 生殖器疱疹
接触史: (可多选)	
<input type="checkbox"/> 注射毒品史 (在您记忆中有 _____ 人与您共用过注射器?)	
<input type="checkbox"/> 非婚异性性接触史 (在您记忆中有 _____ 人与您有过非婚性行为?)	
<input type="checkbox"/> 配偶/固定性伴阳性	
<input type="checkbox"/> 男男性行为史 (在您记忆中有 _____ 人与您有过同性性行为?)	
<input type="checkbox"/> 献血(浆)史	<input type="checkbox"/> 输血/血制品史 <input type="checkbox"/> 母亲阳性 <input type="checkbox"/> 职业暴露史
<input type="checkbox"/> 手术史	<input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明) <input type="checkbox"/> 不详
性病史: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 不详	
最可能的感染途径(单选):	
<input type="checkbox"/> 注射毒品	<input type="checkbox"/> 异性传播 <input type="checkbox"/> 同性传播 <input type="checkbox"/> 性接触 + 注射毒品
<input type="checkbox"/> 采血(浆)	<input type="checkbox"/> 输血/血制品 <input type="checkbox"/> 母婴传播 <input type="checkbox"/> 职业暴露
<input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明)	<input type="checkbox"/> 不详
检测样本来源(单选):	
<input type="checkbox"/> 术前检测	<input type="checkbox"/> 受血(制品)前检测 <input type="checkbox"/> 性病门诊 <input type="checkbox"/> 其他就诊者检测
<input type="checkbox"/> 婚前检查(含涉外婚姻)	<input type="checkbox"/> 孕产期检查 <input type="checkbox"/> 检测咨询 <input type="checkbox"/> 阳性者配偶或性伴检测
<input type="checkbox"/> 女性阳性者子女检测	<input type="checkbox"/> 职业暴露检测 <input type="checkbox"/> 娱乐场所人员体检 <input type="checkbox"/> 有偿供血(浆)人员检测
<input type="checkbox"/> 无偿献血人员检测	<input type="checkbox"/> 出入境人员体检 <input type="checkbox"/> 新兵体检 <input type="checkbox"/> 强制劳教戒毒人员检测
<input type="checkbox"/> 妇教所女劳收教人员检测	<input type="checkbox"/> 其他羁押人员体检 <input type="checkbox"/> 专题调查 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明)
实验室检测结论: <input type="checkbox"/> 确认检测阳性 <input type="checkbox"/> 替代策略检测阳性	
确认(替代策略)检测阳性日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
确认(替代策略)检测单位: _____	
艾滋病确诊日期*: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
报告单位: _____	联系电话: _____
报告医生: _____	填卡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
备注:	

* 只有确诊为艾滋病病人时填写此项。

《传染病报告卡艾滋病性病附卡》填卡说明

卡片编号：由网络报告系统自动生成，与传染病报告卡一致。报告医生不填写此项内容。网络直报后，由报告单位网络直报录入员将网络自动生成的编号抄写至此空白处。

患者姓名：根据患者身份证或户口簿登记的姓名填写，如患者为14岁以下的未成年人，还应填写其家长或监护人的姓名，与传染病报告卡一致。性病病例可填写代号。

民族：根据身份证或户口簿填写所属民族的名称。

婚姻状况：指被调查时的婚姻状况。“未婚”是指迄今没有进行过婚姻登记；“已婚有配偶”是指办理了国家法律婚姻登记手续，并且不处于离异、分居或丧偶状态；未办理国家法律婚姻登记手续，但同居共同生活，视为“已婚有配偶”类别。“不详”是指被调查者未能提供目前的婚姻状况或者不能确定其婚姻状况。在表中相应内容前打√。

文化程度：在相应的文化程度前打√。文化程度是指感染者/病人/性病病人最高学历或相当学历。

①文盲：指不识字或识字很少。②小学：指小学程度的毕业生、肄业生和在校学生，也包括没有上过小学，但能阅读通俗书报，能写便条。③初中：指初中程度的毕业生、肄业生和在校学生，及相当于初中程度的人。④高中及中专：指高中及中专程度的毕业生、肄业生和在校学生，及相当于高中程度的人。⑤大专及以上：指大专程度或以上的毕业生、肄业生和在校学生，及相当于大专及以上程度的人。

户籍地址：指户口所在地地址，至少须详细填写到乡镇（街道）。按身份证或户口上的住址填写。

疾病名称：在作出诊断的病名前打√。

接触史：可多选，根据临床询问病史或流行病学调查情况，在其曾有过的所有接触经历前打√。接触史应按照如下规定选择：应尽可能问清接触史，避免选择“不详”，如在“其他”前打√，则不可再在“不详”前打√。

注射毒品史：包括静脉或肌肉等注射毒品，特别是有过共用注射器经历的，不包括单纯口吸、鼻吸等不刺破皮肤、黏膜的吸毒方式。

非婚异性性接触史：指与非婚异性性伴（不包括固定的同居异性）的性接触经历。

配偶/固定性伴阳性：指配偶/固定性已被确认为艾滋病病毒抗体阳性。

男男性行为史：指有男性间无保护的肛交或口交经历。

献血浆史：指献过血/血浆等。

输血/血制品史：指输受过全血/成份血/血浆/血制品等。

母亲阳性：指母亲已被确认为艾滋病病毒抗体阳性。

职业暴露史：指实验室、医护、预防保健等有关人员，在从事艾滋病防治工作及相关工作的过程中意外被艾滋病病毒感染者或艾滋病病人的血液、体液污染了破损的皮肤或非胃肠道粘膜，或被含有艾滋病病毒的血液、体液污染了的针头及其它锐器刺破皮肤，而具有被艾滋病病毒感染的可能性的情况。

手术史：包括口腔、内窥镜等所有侵入性操作和各类手术。

性病史：包括既往曾患过梅毒、淋病、非淋菌性尿道炎或生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳和性病性淋巴肉芽肿等病史，不包括阴道滴虫病、念珠菌性阴道炎和细菌性阴道病等。

其他：上述未列举，但可能造成艾滋病病毒传播的接触史。如在此选项前打√，应在后面空白处进行说明。

最可能的感染途径：该项不是询问艾滋病病毒感染者或艾滋病病人或性病病人的，而是由填表人根据

艾滋病病毒感染者或艾滋病病人的高危行为和危险因素判断艾滋病病毒感染者或艾滋病病人最可能的感染途径，并在相应的列举途径前打√。如果有不在列举范围内的明确的感染途径，在“其他”前打√，并将相应感染途径填写在“其他”后的下划线上。

检测样本来源：按照所采集的血清样本的来源，在相应的内容前打√。

术前检测：指各种手术前开展的检查。

受血（制品）前检测：除手术前开展的检查以外的，对计划接受血或血液制品治疗者的检查。

性病门诊：来自性病门诊的样品。

其他就诊者检测：除性病门诊以外的其他门诊、住院病人等的样品。

婚前检查（含涉外婚姻）：以结婚为目的开展的检查。

孕产期检查：孕产期的检查。

检测咨询：到检测咨询点的检测。

阳性者配偶或性伴检测：艾滋病病毒抗体阳性的配偶或性伴，含非配偶的其他同性或异性性伴。

女性阳性者子女检测：艾滋病病毒抗体阳性的女性子女的检查。

职业暴露检测：见“接触史”中职业暴露的定义。

娱乐场所人员体检：指《公共场所卫生管理条例》规定中，对公共场所从业人员健康检查的娱乐场所人员部分的体检。

有偿供血（浆）人员检测：包括既往卖血（浆）及当前正规血站的可有偿供血（浆）人。

无偿献血人员检测：来自无偿献血，能够识别真实身份的检查部分。

出入境人员体检：按照《中华人民共和国国境卫生检疫法》规定开展的体检。

新兵体检：新兵入伍前体检。

强制 / 劳教戒毒人员检测：羁押场所强制 / 劳教戒毒人员的检查。

妇教所 / 女劳收教人员检测：妇教所 / 女劳所有收教人员的检测。

其他羁押人员体检：除强制 / 劳教戒毒和妇教所 / 女劳收教人员以外的羁押人员的检查

专题调查：特指各种专门的流行病学调查，不包括各种日常的检测和筛查。

其他：不能归入以上来源的样本，请在后面的下划线上注明。

实验室检测结论：确认阳性者可不填写替代策略检测结果。

确认（替代策略）阳性检测日期：如确认试验阳性可只填写确认检测阳性日期，否则填写替代策略检测日期。

确认（替代策略）检测单位：如开展了确认试验可只填写确认检测单位，否则填写替代策略检测单位，与检测日期一致。

艾滋病确诊日期：指在报告时已经被诊断为艾滋病病人的情况下填写。

报告单位：填写发现艾滋病病毒感染者或艾滋病病人或性病病人的医疗卫生等机构全称。

联系电话：填写报告单位负责疫情的相应科室或疫情负责人的联系电话。

报告医生：填写发现艾滋病病毒感染者或艾滋病病人或性病病人的首诊医生。

填卡日期：填写本报表的实际日期。

艾滋病病毒抗体初筛阳性结果告知存根

样本编号: _____

本人 _____ (身份证号 _____) 经过医务人员的告知和解释, 已知道本人艾滋病病毒抗体初筛检测结果、相关预防知识和后续服务信息。

检测对象签字: _____

告知医生签名: _____

告知时间: _____

告知机构 (盖章)

艾滋病病毒抗体初筛阳性结果告知书

样本编号: _____

_____:

为保护您和家人的身体健康, 我们为您进行了艾滋病病毒抗体筛查检测, 本次初筛结果为阳性, 提示你很有可能感染了艾滋病病毒, 但是否感染还有待于进一步做确证实验。请您于____年____月____日后来查看您的确证结果, 届时有关人员将对您的最终检测结果进行详细解释。

由于艾滋病病毒感染会通过性行为、血液途径和母婴途径传播, 为保护你和您的家人及朋友的健康, 请在发生性行为时使用安全套, 不要与他人共用注射器, 慎重考虑您的怀孕和分娩问题, 寻求相关母婴阻断服务。

我们将对您的检测结果和有关信息严格保密。

如您需要相关咨询, 请与 _____ (单位名称),
联系电话: _____。

告知机构名称: _____

告知医生签名: _____

告知时间: _____

艾滋病病毒抗体阳性确证结果告知书存根

样本编号: _____

本人 _____ (身份证号 _____) 经过医务人员的告知和解释, 已知道本人 HIV 感染状况、预防知识、感染者的权利及义务、关怀救治信息和服务机构的信息。

告知医生签字: _____ 告知日期: _____

配偶 (有 无) 配偶告知方式:

(1) 由本人告知 (本人/医生签字) _____ / _____ 告知时间: _____

(2) 由医务人员告知 (本人/医生签字): _____ / _____ 告知时间: _____

告知单位 (盖章)

艾滋病病毒抗体阳性确证结果告知书

_____:

为了保护您和家人的身体健康, 保护公众健康, 根据《中华人民共和国传染病防治法》、《艾滋病防治条例》和《云南省艾滋病防治条例》等法规和政策的相关要求, 我们对您进行了艾滋病抗体检测, 经检测您已感染了艾滋病病毒, 现将相关信息通知如下:

1、请您于 1 周内到 _____ 县 (市、区) 疾病预防控制中心艾滋病科进行咨询 (联系电话 _____)。工作人员会及时安排您免费进行细胞免疫功能测定 (CD4 测定), 并帮助您获得相应的免费治疗关怀服务。

2、根据我国法律规定, 您及您的家人享有的婚姻、就业、就医、入学等合法权益受法律保护。根据国家“四免一关怀”政策和云南省相关救助政策, 对符合条件者, 可享受免费 CD4 检测、结核病筛查治疗、抗病毒治疗、母婴阻断、免费入学和生活救助等关怀服务。

3、根据我国法律规定, 您应当履行以下义务:

(1) 接受疾病预防控制机构或出入境检验检疫机构的流行病学调查和指导。

(2) 将感染或者发病的事实及时告知配偶和与您有性关系的人; 若您拒绝告知配偶, 咨询员可按《云南省防治艾滋病条例》的规定, 采取适当的方式进行配偶/性伴告知和检测。

(3) 就医时, 将感染或者发病的事实如实告知接诊医生。

(4) 采取必要的防护措施, 防止感染他人, 不得以任何方式故意传播艾滋病。

4、我们将对您的病情和有关信息严格保密。

5、若您的合法权利受到侵害或被拒绝服务, 您可以向云南省防治艾滋病局举报, 举报电话: 0871-7195159。您还可以与云南省疾病预防控制中心性病艾滋病防制中心联系 (电话: 0871-3611773), 获得相应的免费咨询服务。

告知机构名称: _____

告知人签名: _____

告知时间: _____

个案随访表

卡片编号: _____ 随访状态: 随访(第____次) 失访(此次随访结束) 查无此人(以后无需随访)

患者姓名: _____ (患儿家长姓名: _____)	
身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
联系电话: _____	
现住地址(详填): _____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 乡(镇、街道) _____ 村 _____ (门牌号)	
是否已死亡: <input type="checkbox"/> 是(死亡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 否(跳至下一栏)	
死亡时病程阶段: <input type="checkbox"/> 艾滋病病毒感染者 <input type="checkbox"/> 艾滋病病人	
主要死因: <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> 自杀 <input type="checkbox"/> 吸毒过量 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明)	
(死亡个案随访到此结束)	
过去 6 个月有无以下临床表现(可多选):	
<input type="checkbox"/> 无不适临床表现 <input type="checkbox"/> 原因不明发热持续 1 个月及以上 <input type="checkbox"/> 原因不明腹泻持续 1 个月及以上 <input type="checkbox"/> 最近 3 个月内体重下降 10% 以上 <input type="checkbox"/> 成人鹅口疮 <input type="checkbox"/> 反复发作的单纯疱疹 <input type="checkbox"/> 半年内活动性肺结核或/和肺外结核 <input type="checkbox"/> 其他艾滋病相关性疾病 _____ (请注明)	
病程阶段: <input type="checkbox"/> 艾滋病病毒感染者 <input type="checkbox"/> 艾滋病病人(艾滋病确诊日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日) 当前配偶/固定性伴感染状况: <input type="checkbox"/> 无配偶/固定性伴 <input type="checkbox"/> 未查/不详 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 检测结果不确定 有无 HIV 阳性子女: <input type="checkbox"/> 无子女 <input type="checkbox"/> 未查/不详 <input type="checkbox"/> 无阳性子女 <input type="checkbox"/> 有阳性子女 <input type="checkbox"/> 检测结果不确定 现在是否为同伴教育员: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 过去 3 个月, 是否每次发生性行为都用安全套: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未发生性行为 如果回答“否”, 在最近 3 个月有 _____ 人与您有过性行为? 过去 3 个月, 是否共用过注射器注射毒品: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 无注射吸毒行为 如果回答“是”, 在最近 3 个月有 _____ 人与您共用过注射器? 过去 3 个月, 是否参加针具交换: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 无注射吸毒行为 如果回答“是”, 在最近 3 个月交出针具 _____ 支/换回针具 _____ 支? 若为育龄妇女, 完成如下问题(若为非育龄妇女, 以下三项不选择): 过去 3 个月, 是否采取避孕措施: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否怀孕: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否分娩: <input type="checkbox"/> 是(活产 _____ 个/死产 _____ 个) <input type="checkbox"/> 否	
过去 6 个月您或您的家庭是否获得过来自亲戚、朋友以外的其他组织(包括政府和非政府组织)或个人的关怀、支持和服务:	
宣传咨询(宣传材料、咨询服务): <input type="checkbox"/> 是(获得安全套 _____ 个/获得宣传材料 _____ 份) <input type="checkbox"/> 否 药物提供(提供抗机会性感染药物): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 关怀救助(经济支持、生活帮助): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
过去 6 个月是否接受过结核病筛查: <input type="checkbox"/> 是(□肺结核 □肺外结核 □未患结核 □结果不清楚) <input type="checkbox"/> 否	
目前是否接受抗病毒治疗: <input type="checkbox"/> 是(抗病毒治疗编号: □□□□□□□□) <input type="checkbox"/> 否	
目前是否接受社区美沙酮维持治疗: <input type="checkbox"/> 是(社区美沙酮维持治疗编号: □□□□□□□□□□□□□□) <input type="checkbox"/> 否	
自上次随访以来, 做过 CD ₄ 检测 _____ 次, 最近一次 CD ₄ 检测结果: _____ 个/μl; 检测日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
随访执行单位: _____	随访责任人: _____ 随访日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
备注:	

附件 11. 转介通知单

转介通知单

编号: 20□□-□□□□

<p>接受单位</p> <p>单位名称(盖章): _____</p> <p>单位地址: _____</p> <p>联系电话: _____</p> <p>接受人: _____</p> <p>本人签字: _____</p> <p>(转介单位留存)</p>	<p>转介单位</p> <p>单位名称(盖章): _____</p> <p>单位地址: _____</p> <p>联系电话: _____</p> <p>转介人: _____</p>
--	---

_____, (身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□), 已在我单位接受_____服务, 现需贵单位为其提供以下服务, 医学随访, 免费CD4检测, 抗病毒治疗, 机会性感染治疗, 母婴阻断, 结核诊断治疗, 美沙酮维持治疗, 针具交换, 性病治疗, 心理咨询, 生活救助, 免费入学, 其它(请注明)_____特转介到你处, 请给予接洽。如有疑问, 请与我单位联系。

感谢贵单位大力协助。

致礼

云南省疾病预防控制中心 制

_____年__月__日

转介通知单

编号: 20□□-□□□□

<p>接受单位</p> <p>单位名称(盖章): _____</p> <p>单位地址: _____</p> <p>联系电话: _____</p> <p>接受人: _____</p> <p>本人签字: _____</p> <p>(本人留存)</p>	<p>转介单位</p> <p>单位名称(盖章): _____</p> <p>单位地址: _____</p> <p>联系电话: _____</p> <p>转介人: _____</p>
--	---

_____, (身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□), 已在我单位接受_____服务, 现需贵单位为其提供以下服务, 医学随访, 免费CD4检测, 抗病毒治疗, 机会性感染治疗, 母婴阻断, 结核诊断治疗, 美沙酮维持治疗, 针具交换, 性病治疗, 心理咨询, 生活救助, 免费入学, 其它(请注明)_____特转介到你处, 请给予接洽。如有疑问, 请与我单位联系。

感谢贵单位大力协助。

致礼

云南省疾病预防控制中心 制

_____年__月__日

转介通知单

编号: 20□□-□□□□

<p>接受单位</p> <p>单位名称(盖章): _____</p> <p>单位地址: _____</p> <p>联系电话: _____</p> <p>接受人: _____</p> <p>本人签字: _____</p> <p>(转介单位留存)</p>	<p>转介单位</p> <p>单位名称(盖章): _____</p> <p>单位地址: _____</p> <p>联系电话: _____</p> <p>转介人: _____</p>
--	---

_____, (身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□), 已在我单位接受_____服务, 现需贵单位为其提供以下服务, 医学随访, 免费CD4检测, 抗病毒治疗, 机会性感染治疗, 母婴阻断, 结核诊断治疗, 美沙酮维持治疗, 针具交换, 性病治疗, 心理咨询, 生活救助, 免费入学, 其它(请注明)_____特转介到你处, 请给予接洽。如有疑问, 请与我单位联系。

感谢贵单位大力协助。

致礼

云南省疾病预防控制中心 制

_____年__月__日

附件 12. 艾滋病病毒抗体筛查情况统计表

_____年__月艾滋病病毒抗体筛查情况统计表

填报单位：_____ 县区行政区划代码：□□□□□□ 填报时间：_____年__月__日

样本来源分类	筛查人次数	筛查阳性人次数	确证检测数	确证阳性数
术前检测				
受血（制品）前检测				
性病门诊				
其他就诊者检测				
婚前检查（含涉外婚检）				
孕产期检查				
自愿咨询检测（VCT）				
阳性者配偶或性伴检测				
女性阳性者子女检测				
职业暴露检测				
娱乐场所人员体检				
有偿供血（浆）人员检测				
无偿献血人员检测				
出入境人员体检				
新兵体检				
强制/劳教戒毒人员检测				
妇教所/女劳收教人员检测				
其他羁押人员体检				
专题调查（请注明人群）				
其他				
合计				

填表说明：

- 1、此表在每月 10 日前通过“艾滋病网络直报信息系统”上报，未开展网络直报的单位，由县级疾病预防控制机构收集统一上报；
- 2、筛查人次数一栏只填当月筛查人次数，不包括复检或确认的检测数；
- 3、筛查阳性人次数只填当月筛查阳性结果人次数，不包括复检或确认的检测数；
- 4、医疗机构开展自愿咨询检测工作，应将数据填入“自愿咨询检测（VCT）”栏中，其他检测咨询数据按上述相应类别填写。
- 5、确证检测数填写当月确证试验（或替代策略）检测数。
- 6、确证阳性数填写当月确证试验（或替代策略）阳性数。