

成人艾滋病抗病毒治疗病历记录—随访及用药 (表中*部分必须填写)

*治疗机构代码	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	*抗病毒治疗号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*病人治疗编码	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
病人姓名			
身份证号			
现住址	_____省_____市_____县(区)_____ (详细地址)		

*随访	第_____次						
*1. 病人状态	病人是否死亡或转出?						
	<input type="checkbox"/> 否 (请跳至第 2 题)						
	<input type="checkbox"/> 是 (请指明终止原因)						
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 死亡→死亡日期: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日 死亡原因: <input type="checkbox"/> 艾滋病相关疾病 <input type="checkbox"/> 意外死亡 <input type="checkbox"/> 自杀 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不确定 </div> <div> <input type="checkbox"/> 转出→请填写转出日期: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日 </div> </div>						
终止病人随访结束, 请跳至第 11 题							
*2. 随访日期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日						
*3. 本次随访内容	<input type="checkbox"/> 临床随访/领药 <input type="checkbox"/> 他人代领药 (请跳至第 8 题)						
4. 临床随访情况							
*4.1 目前病人 WHO 临床分期	<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期 <input type="checkbox"/> IV 期						
*4.2 自上次随访以来, 病人是否出现过以下艾滋病相关疾病/症状?							
<input type="checkbox"/> 是→请填写具体疾病/症状情况; <input type="checkbox"/> 否							
疾病/症状类型 (可多选)		处 置		疾病/症状类型 (可多选)		处 置	
		门诊 治疗	住院 治疗			门诊 治疗	住院 治疗
<input type="checkbox"/> 皮肤损害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 播散性真菌病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 鹅口疮		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 巨细胞病毒感染		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 口腔毛状白斑		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肺外结核		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 持续腹泻 (>1 月)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 反复严重的细菌性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 持续或间断发热 (>38℃, >1 月)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 慢性单纯疱疹病毒感染		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 复发性严重的细菌性感染(除外肺炎)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 带状疱疹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 肺结核		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 弓形虫脑病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 播散性非结核分枝杆菌感染		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 卡波济肉瘤		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 食管念珠菌病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脑淋巴瘤/B 细胞非霍奇金淋巴瘤		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 肺外隐球菌感染 (包括脑膜炎)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 耶氏肺孢子菌肺炎 (P C P)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*4.3 自上次随访以来, 病人是否出现过以下毒副反应?							
<input type="checkbox"/> 是→请填写 (可多选)							
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 胃口改变</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 恶心呕吐</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 睡眠困难</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 腹部疼痛</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 皮肤干燥</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 出现皮疹</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 四肢麻木</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 四肢疼痛</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 疲倦</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 体形改变</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 头发脱落</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 视力改变</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 头痛</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 做清晰而生动的梦</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 其他: _____</div> </div>							
<input type="checkbox"/> 否							
4.4 病人目前体重		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg					
*4.5 最近 7 天抗病毒药物漏服		_____ 次					
5. 本次实验室检测结果 (未检测项目保持空白)							
T 淋巴细胞亚群检测指标		检测结果		采血日期			
CD4		_____ 个/μL		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
CD8		_____ 个/μL					

