

儿童艾滋病抗病毒治疗病历记录—基本情况及用药 (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"/>	*抗病毒治疗号	<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"/> 机构代码+抗病毒治号		
病人姓名	身份证号 <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"/>		
现住址	____省____市____县(区)____(详细地址)		
户籍地	____省____市____县(区)____(详细地址)		
传染病报告卡卡片编号	<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"/>		

*1. 出生日期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	*2. 性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*3. 抗病毒治疗费用来源	<input type="checkbox"/> 国家免费 <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 其他(请注明)		
4. 生长发育情况	*目前身高: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	*目前体重: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	目前头围: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
	出生身高: <input type="text"/> <input type="text"/> cm	出生体重: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	出生头围: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
*5. HIV 确诊时间	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
*诊断方式	<input type="checkbox"/> HIV 抗体检测 <input type="checkbox"/> HIVDNA <input type="checkbox"/> HIVRNA		
*6. 感染途径	<input type="checkbox"/> 输血 <input type="checkbox"/> 单采血浆 <input type="checkbox"/> 静脉吸毒 <input type="checkbox"/> 同性性传播 <input type="checkbox"/> 异性性传播 <input type="checkbox"/> 母婴传播 <input type="checkbox"/> 尚不明确 <input type="checkbox"/> 其他		

*7. 患儿是否出现下列症状、体征或疾病?

<input type="checkbox"/> 是→请填写具体疾病/症状; <input type="checkbox"/> 否					
疾病/症状类型 (可多选)	发生时间		疾病/症状类型 (可多选)	发生时间	
	既往	目前		既往	目前
<input type="checkbox"/> 皮肤损害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 持续腹泻 (>2 周)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 鹅口疮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 持续或间断 1 个月发热 (>37.5℃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 口腔毛状白斑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鸟分枝杆菌复合群 (MAC) 感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 带状疱疹	<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"/> 念珠菌性食道炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 反复或慢性上呼吸道感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 弓形虫脑病	<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"/> 巨细胞病毒感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 复发性严重的细菌性感染(除外肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HIV 脑病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 耶氏肺孢子菌肺炎 (PCP)	<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"/> 淋巴细胞间质性肺炎 (LIP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 肺结核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其他机会性感染/肿瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*8. 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	
9 用 药 史	*9.1	患儿母亲孕期、产时、产后是否为预防母婴传播服用抗病毒药物? <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是→药物为____、____、____、____、____	
	*9.2	患儿母亲怀孕后是否接受抗病毒治疗? <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是→药物为____、____、____、____、____	
	9.3	*患儿出生 1 个月内是否为预防母婴传播服用抗病毒药物? <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是→药物为____、____、____ *服药时间: <input type="text"/> <input type="text"/> 天 妇幼系统“艾滋病病毒感染产妇及所生儿童随访登记卡”中儿童编号为 <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"/>	
	*9.4	患儿既往是否接受过抗病毒药物治疗? 所用抗病毒药物: <input type="checkbox"/> 成人剂型 <input type="checkbox"/> 儿童剂型 <input type="checkbox"/> 未服用过 9.4.1 如果服过, 既往开始抗病毒治疗时间: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 9.4.2 曾经服用过的抗病毒药物: _____、_____, _____、_____, _____、_____	

医疗机构代码□□□□□□-□□□□

抗病毒治疗号□□□□

儿童艾滋病抗病毒治疗病历记录—基本情况及用药 (表中*部分必须填写)

10. 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	□□□□年□□月□□日
CD8	_____个/μL	
CD4% (CD4/CD45)	_____%	

病毒学检查

指标	检测结果	采血日期
HIV 病毒载量	_____C/mL	□□□□年□□月□□日

注：病毒载量若为“低于设备检测低限,检测不到”填写 0,若“高于高限,检测不到”填写 9999999,其他填写具体数值

其他检查

指标	检测结果	指标	检测结果
白细胞计数	_____10 ⁹ /L	总淋巴细胞计数	_____10 ⁹ /L
血小板计数	_____10 ⁹ /L	血红蛋白	_____g/L
血肌酐	_____μmol/L	血尿素氮	_____mmol/L
甘油三酯	_____mmol/L	总胆固醇	_____mmol/L
血糖	_____mmol/L	血淀粉酶	_____U/L
ALT	_____U/L	AST	_____U/L
T. BIL	_____μmol/L		
HBsAg	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性	anti-HCV	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性
耐药检测	<input type="checkbox"/> 阳性→耐药药物名称: _____、_____, <input type="checkbox"/> 阴性		

*11. 抗病毒治疗开始日期

□□□□年□□月□□日

*12. 本次抗病毒治疗处方

药品名称	药物剂型 (口服液/片剂/胶囊)	单位剂量 (mg/ml 或 mg/片)	单次用药量 (ml/次或片/次)	服药方法 (QD BID TID)	发药量 (ml 或片)

*13. 患儿是否使用复方新诺明预防机会性感染? ☐ 否; ☐ 是→请填写

药品名称	药物剂型 (口服液或片剂)	单位剂量 (8/40mg/ml 或 80/400mg/片)	单次用药量 (ml/次或片/次)	服药方法 (QD BID TID QID)	发药量 (ml 或片)
复方新诺明					

*14. 下次随访领药日期

□□□□年□□月□□日

*15. 填表人: _____

*16. 填表日期: □□年□□月□□日

*17. 审核人: _____