

ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ Міністерства охорони здоров'я України****03.08.2012 № 612**

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації № 501-2/о
Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №

**ПОВІДОМЛЕННЯ № 2 № _____
про закінчення вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки**

« ____ » _____ 20__ року
(дата заповнення)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження
(число, місяць, рік)

кількість повних років
(цифрами)

3. Громадянка:
(вказати назву країни)

4. Місця проживання, контактний телефон _____

5. Мешкає:

6. Форма первинної облікової документації з відомостями про завершення вагітності та її номер:

Медична карта переривання вагітності (форма № 003-1/о)	№ _____
Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о)	№ _____
Історія пологів (форма № 096/о)	№ _____
Інше: _____	№ _____

7. Загроза переривання вагітності:
(цифрами)

8. Збільшення маси тіла вагітної:

9. Затримка розвитку плода:

I ступеня	
-----------	--

II ступеня	
------------	--

III ступеня	
-------------	--

10. Кількість навколоплідних вод:

маловодд я	
---------------	--

у межах норми	
------------------	--

багатоводд я	
-----------------	--

11. Наявність супутніх захворювань:

гінекологічні захворювання _____

патологічний мікробіоценоз статевих шляхів, ПІСШ _____

TORCH- інфекція _____

вірусні гепатити В і С _____

екстрагенітальна патологія _____
(вказати, якщо було загострення під час вагітності)

12. Вагітність завершилася (відповідно до шифру за МКХ-10):

спонтанний аборт (O03)	
---------------------------	--

медичний аборт (O04)	
----------------------------	--

інші види аборту (O05)	
------------------------------	--

пологи (O60 – O84)	
-----------------------	--

13. Термін, у який завершилася вагітність перериванням або пологами
(вказати тиждень вагітності):

--

(цифрами)

14. Дата завершення вагітності

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

15. Момент виявлення ВІЛ-позитивного статусу:

до пологів	
---------------	--

під час пологів	
--------------------	--

після пологів	
------------------	--

Якщо ВІЛ-позитивний статус виявлено під час або після пологів, вказати:

лабораторний
метод _____

дата проведення
дослідження _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

16. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності (вказати схему):

одним препаратом _____

двома препаратами _____

трьома препаратами _____

АРТ за станом
здоров'я _____

не проводилася
(вказати причину) _____

17. Строк вагітності (у тижнях), на якому була розпочата АРВ-профілактика/АРТ:

АРТ до вагітності	
-------------------	--

під час вагітності (зазначити тиждень вагітності)	
---	--

(цифрами)

18. Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності (зазначити у тижнях):

--

(цифрами)

АРВ-профілактика проводилась тільки під час пологів

--

19. Прихильність до АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності:

висока	
--------	--

низька	
--------	--

Причина низької прихильності:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

(закреслити позначкою «х»)

інші причини _____

20. Імунологічний статус та вірусне навантаження у роділлі перед пологами:

а) абсолютна або відносна кількість CD4:

--

кл/мкл;

--

%

(цифрами)

(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

--

б) рівень вірусного навантаження:

--

копій/мл;

(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

--

21. У якому періоді пологів ВІЛ-інфіковану вагітну доставлено в пологовий будинок (відділення):

до початку пологової діяльності	
---------------------------------	--

у першому періоді пологів	
---------------------------	--

у потужному періоді	
---------------------	--

після народження дитини	
-------------------------	--

Відмова від госпіталізації (зазначити причину) _____

22. Спосіб розродження (відповідно до шифру за МКХ-10):

мимовільні пологи (O80, O84.0)	
--------------------------------	--

елективний кесарів розтин (O82.0)	
-----------------------------------	--

терміновий кесарів розтин (O82.1)	
-----------------------------------	--

23. Тривалість безводного періоду (зазначити кількість годин):

--

(цифрами)

24. Санація пологових шляхів:

проводилася	
-------------	--

не проводилася	
----------------	--

25. Інвазивні втручання під час пологів (амніотомія, епізіотомія, акушерські щипці, інвазійний моніторинг плода, інші):

26. Тривалість пологів (зазначити кількість годин):
(цифрами)

27. Ускладнення вагітності та пологів (відповідно до шифру за МКХ-10):

28. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів (зазначити схему):

продовження
АРВ-профілактики _____
АРВ-профілактика
тільки в пологах _____

продовження АРТ
за станом здоров'я _____

не проводилася
(зазначити причину) _____

28.1. Продовження антиретровірусної терапії після пологів

29. Народилася дитина/діти (вказати кількість дітей):

(цифрами)

29.1. Перша дитина:

жива	<input type="text"/>	мертва	<input type="text"/>	хлопчик	<input type="text"/>	дівчинка	<input type="text"/>
зріст, см	<input type="text"/>	вага, г	<input type="text"/>	оцінка за шкалою Апгар, бали		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(цифрами)		(цифрами)		(цифрами)			

29.2. Друга дитина:

жива	<input type="text"/>	мертва	<input type="text"/>	хлопчик	<input type="text"/>	дівчинка	<input type="text"/>
зріст, см	<input type="text"/>	вага, г	<input type="text"/>	оцінка за шкалою Апгар, бали		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(цифрами)		(цифрами)		(цифрами)			

(цифрами)

30. Обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції у дитини/дітей після народження у пологовому будинку (відділенні) проведено:

так	<input type="text"/>	ні	<input type="text"/>
-----	----------------------	----	----------------------

якщо так, зазначити дату та результат обстеження, номер зразка:

ІФА номер зразка результат _____
(число, місяць, рік) (цифрами) (вписати)

якщо ні, зазначити з якої причини дитина/діти не була обстежена на ВІЛ-інфекцію: _____

31. АРВ-профілактика дитини/дітей (зазначити схему):

одним препаратом _____
трьома препаратами _____

інший алгоритм
(зазначити) _____

не проводилася

(вказати причину) _____

32. Момент початку АРВ-профілактики дитини/дітей:

одразу після народження	
-------------------------	--

 через _____ годин після народження
(цифрами)

33. Тривалість курсу АРВ-профілактики дитини/дітей (вказати кількість днів)

--

(цифрами)

34. Вид вигодовування дитини/дітей під час перебування у пологовому будинку
(вказати кількість днів/годин):

грудне	
--------	--

змішане	
---------	--

штучне	
--------	--

(цифрами) (цифрами) (цифрами)

Проведення медикаментозного припинення лактації породіллі

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

якщо ні, вказати причину, з якої медикаментозне припинення лактації в пологовому будинку (відділенні) не проводилося: _____

35. Дитина/діти:

виписана разом з матір'ю, вказати на яку добу	
---	--

переведена в інший заклад охорони здоров'я	
--	--

переведена у будинок дитини у зв'язку з відмовою матері	
---	--

померла	
---------	--

36. У випадку смерті дитини/дітей вказати дату та причину смерті:

дата смерті дитини

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Заключний клінічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

Патологоанатомічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

Основне захворювання (причина), що спричинило(а) смерть дитини _____
(вказати шифр за МКХ-10)

37. Додаткова інформація щодо ВІЛ-інфікованої жінки та її дитини/дітей:

Форма № 501-2/о направлена до _____
(найменування центру СНІДу)

Дата відправлення форми № 501-2/о до центру СНІДу

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактної телефону лікаря, який заповнив форму № 501-2/о.

(П.І.Б. лікаря, телефон)

(підпис)