

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 № 501-4/о
Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №

ПОВІДОМЛЕННЯ № 4 № _____
про ВІЛ-інфіковану дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою

«_____» _____ 20__ року
(дата заповнення)

Номер Реєстраційної карти (форма № 502-1/о), під яким ВІЛ-інфікована дитина обліковується у _____ центрі СНІДу _____
(назва регіонального/міського центру СНІДу)

I. Соціально-демографічні дані**1. ВІЛ-інфікована дитина**

1.1. Причина взяття дитини на облік у закладі охорони здоров'я, що здійснює диспансерний нагляд:

народжена ВІЛ-інфікованою жінкою у даному регіоні	<input type="checkbox"/>	прибуття з іншого регіону України	<input type="checkbox"/>	прибуття з іншої країни	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

1.2. Ймовірний період інфікування ВІЛ дитини:

під час вагітності та/або пологів	<input type="checkbox"/>	при грудному вигодовуванні	<input type="checkbox"/>	невідомо	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------	--------------------------

1.3. Дата народження дитини

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

(число, місяць, рік)

1.4. Стать дитини:

хлопчик	<input type="checkbox"/>	дівчинка	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	----------	--------------------------

1.5. Дитина проживає:

у сім'ї, з матір'ю та/або батьком	<input type="checkbox"/>	у сім'ї, під опікою родичів	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

дитина усиновлена	<input type="checkbox"/>	у будинку дитини	<input type="checkbox"/>	у закладі охорони здоров'я	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

інше _____

1.6. У випадку смерті дитини/дітей зазначити 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)

Місце смерті дитини:

дома ЗОЗ невідомо інше (вказати) _____

2. ВІЛ-інфікована матір

Відсутні дані про матір ВІЛ-інфікованої дитини

2.1. Дата народження матері
(число, місяць, рік)

2.2. Громадянка: України іншої країни _____
(вказати назву країни)

2.3. Мешкає: у місті у селі

2.4. Освіта:

базова загальна середня освіта повна загальна середня освіта професійно-технічна освіта вища освіта

2.5. Сімейний стан на момент встановлення вагітності:

шлюб зареєстрований проживає з постійним партнером, шлюб не зареєстрований розлучена

вдова інше _____
(вписати)

II. Материнські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Дата взяття під нагляд та термін вагітності при першому зверненні до ЗОЗ, що здійснює нагляд за вагітними:

дата взяття на облік
(число, місяць, рік) термін вагітності у тижнях
(цифрами)

не перебувала на обліку у зв'язку з вагітністю

2. Вагітність за рахунком:
(цифрами) кількість пологів
(цифрами) кількість абортів
(цифрами)

кількість дітей, їх ВІЛ-статус _____
(вписати)

3. Вагітність: а)

планована	
-----------	--

непланована	
-------------	--

б)

одноплідна	
------------	--

багатоплідна (вказати кількість плодів)	
--	--

 (цифрами)

4. Загроза переривання вагітності:

так (вказати тиждень вагітності)	
-------------------------------------	--

ні	
----	--

 (цифрами)

5. Збільшення маси тіла вагітної:

менше 10 кг	
-------------	--

10-12 кг	
----------	--

більше 12 кг	
--------------	--

6. Затримка розвитку плода:

I ступеня	
-----------	--

II ступеня	
------------	--

III ступеня	
-------------	--

7. Кількість навколоплідних вод:

маловоддя	
-----------	--

у межах норми	
---------------	--

багатоводдя	
-------------	--

8. Наявність супутніх захворювань:
гінекологічні захворювання _____
патологічний мікробіоценоз статевих шляхів, ППСШ _____
TORCH-інфекція _____
вірусні гепатити _____
екстрагенітальна патологія _____
(вказати, якщо було загострення під час вагітності)

9. Проведення консультування під час обстеження на наявність ВІЛ-інфекції:

тільки передтестове	
------------------------	--

тільки післятестове	
------------------------	--

перед- та післятестове	
---------------------------	--

консультування не проводилося	
----------------------------------	--

10. Код обстеження на наявність антитіл до ВІЛ:

109.1	
-------	--

109.2	
-------	--

інший код обстеження на наявність ВІЛ-інфекції	
---	--

 (вписати код)

11. Лабораторний метод, використаний для первинного обстеження на ВІЛ-інфекцію, у тому числі при застосуванні:

ІФА	
-----	--

двох швидких тестів	
------------------------	--

одного швидкого тесту та одного ІФА	
--	--

іншого алгоритму тестування	
--------------------------------	--

Номер зразка

--	--

 дата проведення дослідження

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

 (цифрами) (число, місяць, рік)

12. Лабораторний метод, використаний для підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції:

ІФА

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

 номер зразка

--	--

 результат _____
(число, місяць, рік) (цифрами) (вписати)

ІФА

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

 номер зразка

--

 результат _____ (вписати)
(число, місяць, рік) (цифрами)

ІБ

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

 номер зразка

--

 результат _____ (вписати антитіла до окремих білків)
(число, місяць, рік) (цифрами)

13. Дата встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції

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

(число, місяць, рік)

14. Перебуває на обліку у ЗОЗ, що здійснює диспансерний облік за ВІЛ-інфікованими особами

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

дата взяття під диспансерний нагляд

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

(число, місяць, рік)

15. Ймовірний шлях інфікування ВІЛ матері:

15.1. Статевий

--

15.1.1. ВІЛ-статус партнера:

позитивний	
------------	--

негативний	
------------	--

невідомо	
----------	--

15.1.2. Кількість статевих партнерів під час вагітності:

--

невідомо	
----------	--

(цифрами)

15.1.3. Використання бар'єрних засобів та ефективних методів контрацепції під час сексуальних контактів у період вагітності:

завжди, при кожному контакті	
не завжди, але частіше ніж у половині випадків	
приблизно у половині випадків	
рідше ніж у половині випадків	
ніколи	
невідомо	

15.2. Парентеральний:

при вживанні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	
---	--

інший	
-------	--

(вписати)

активне вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

стаж вживання ін'єкційних наркотиків

--

(цифрами)

учасниця програми замісної підтримувальної терапії

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

15.3. Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини

--

15.4. Шлях інфікування не встановлено або уточнюється

--

б) локалізація легеневий позалегеневий

в) бактеріовиділення МБТ+ МБТ-

18. Вживання неін'єкційних наркотичних речовин:

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

одним препаратом _____
двома препаратами _____
трьома препаратами _____
АРТ за станом здоров'я _____
не проводилася _____
(зазначити причину)

20. Термін, коли була розпочата АРВ-профілактика або АРТ до вагітності під час вагітності (зазначити тиждень вагітності)

(цифрами)

21. Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності (зазначити у тижнях) АРВ-профілактика проводилася тільки під час пологів
(цифрами)

22. 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 _____

23. 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)

23.1. Подовження АРТ після пологів

III. Акушерські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Термін завершення вагітності пологами (зазначити тиждень вагітності):
(цифрами)

2. Дата завершення вагітності

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

(число, місяць, рік)

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

до початку пологової діяльності у першому періоді пологів у потужному періоді після народження дитини

відмова від госпіталізації (зазначити причину) _____

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

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

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

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

5. Тривалість безводного періоду (зазначити кількість годин):

--

(цифрами)

6. Санація пологових шляхів:

проводилася	
-------------	--

не проводилася	
----------------	--

7. Інвазивні втручання під час пологів (амніотомія, епізіотомія, акушерські щипці, інвазійний моніторинг плоду, інші) _____

8. Тривалість пологів (зазначити кількість годин):

--

(цифрами)

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

IV. Малюкові фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Народилася дитина:

зріст, см	
-----------	--

(цифрами)

вага, г	
---------	--

(цифрами)

оцінка за шкалою Апгар, бали	
------------------------------	--

(цифрами)

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

так	
-----	--

ні	
----	--

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

2. АРВ-профілактика дитини (зазначити схему):

одним препаратом

трьома препаратами

інший алгоритм
(зазначити)

не отримувала
(зазначити причину)

3. Момент початку АРВ-профілактики дитини:

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

через _____ годин після народження

(цифрами)

4. Тривалість курсу АРВ-профілактики дитини (вказати кількість днів):

(цифрами)

5. Вигодовування дитини:

грудне з днів/міс. до днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

змішане з днів/міс. до днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

штучне з днів/міс. до днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

проведення медикаментозного припинення
лактації породіллі у пологовому будинку

так

ні

невідомо

якщо ні, зазначити причину, з якої медикаментозне припинення лактації в пологовому будинку не проводилося: _____

6. Ускладнення періоду новонародженості (відповідно до шифру за МКХ-10):

V. Лабораторне та клінічне підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини

1. Результати ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дитини (ПЛР ДНК):

дані першого дослідження	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(вписати)
дані другого дослідження	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(вписати)
дані третього дослідження	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(вписати)

2. Результати серологічної діагностики ВІЛ-інфекції в дитини при остаточному встановленні ВІЛ-статусу:

ІФА	<input type="text"/>	номер зразка	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати)
ІФА	<input type="text"/>	номер зразка	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати)
ІФА	<input type="text"/>	номер зразка	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати)
ІБ	<input type="text"/>	номер зразка	<input type="text"/>	результат	_____
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати антитіла до окремих білків)

3. Дата остаточного встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції дитині

(число, місяць, рік)

4. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції в дитини на момент встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції:

I стадія безсимптомна	
--------------------------	--

I стадія ПГЛ	
-----------------	--

II стадія	
-----------	--

III стадія	
------------	--

IV стадія	
-----------	--

5. Імунологічний статус та вірусне навантаження у дитини на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції:

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

6. АРТ:

отримує	
---------	--

потребує	
----------	--

не потребує	
-------------	--

якщо дитина отримує АРТ, зазначити дату початку лікування

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

(число, місяць, рік)

та схему АРТ _____

7. Профілактика пневмоцистної пневмонії котримаксозолом:

проводилася	
-------------	--

не проводилася	
----------------	--

якщо проводилася, зазначити, у якому віці розпочата: з _____ місяців.
(цифрами)

8. Додаткова інформація про дитину:

Форма № 501-4/о направлена до _____
(найменування регіонального центру СНІДу,
ДУ «Український центр СНІДу МОЗ України»)

Дата відправлення форми № 501-4/о до міського/регіонального центру СНІДу

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

(число, місяць, рік)

Дата відправлення форми № 501-4/о до ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»

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

(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону лікаря, який заповнив форму № 501-4/о

(П.І.Б. лікаря, телефон)

(підпис)

