

成人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"/>
*抗病毒治疗类型	<input type="checkbox"/> 成人初始治疗 <input type="checkbox"/> 由儿童治疗转入成人治疗		
*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+抗病毒治疗号		
病人姓名	<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"/> <input type="text"/>		
现住址	_____省_____市_____县/区_____乡/镇/街道_____		
户籍地	_____省_____市_____县/区_____乡/镇/街道_____		
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"/> <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_____		
*4. 婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚或同居 <input type="checkbox"/> 离异或分居 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 不详		
*5. 确诊HIV 抗体阳性时间	<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		
*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. 最近一年病人是否患有肺结核?	<input type="checkbox"/> 是(请继续 7.1 题); <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 不详 7.1 病人是否接受抗结核治疗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
*8. 最近三个月,病人是否出现下列艾滋病相关疾病/症状?	<input type="checkbox"/> 是→请选择(可多选); <input type="checkbox"/> 皮肤损害 <input type="checkbox"/> 鹅口疮 <input type="checkbox"/> 口腔毛状白斑 <input type="checkbox"/> 持续腹泻(>1 月) <input type="checkbox"/> 持续或间断发热(>38℃, >1 月) <input type="checkbox"/> 复发性严重的细菌性感染(除外肺炎) <input type="checkbox"/> 播散性非结核分枝杆菌感染 <input type="checkbox"/> 食管念珠菌病 <input type="checkbox"/> 肺外隐球菌感染(包括脑膜炎) <input type="checkbox"/> 耶氏肺孢子菌肺炎(PCP) <input type="checkbox"/> 播散性真菌病 <input type="checkbox"/> 巨细胞病毒感染 <input type="checkbox"/> 肺外结核 <input type="checkbox"/> 反复严重的细菌性肺炎 <input type="checkbox"/> 慢性单纯疱疹病毒感染 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 弓形虫脑病 <input type="checkbox"/> 卡波济肉瘤 <input type="checkbox"/> 脑淋巴瘤或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤 <input type="checkbox"/> 其它机会性感染/肿瘤_____ <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 不详		
*9. 目前病人是否出现以下症状、体征?	<input type="checkbox"/> 是→请选择(可多选); <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 夜间盗汗 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 喷射性呕吐 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 视力下降 <input type="checkbox"/> 视力模糊 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 淋巴结肿大 <input type="checkbox"/> 否		

*10 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
-------------------	---

11 病人目前体重	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	病人目前身高	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
-----------	---	--------	---

12. 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	检查结果	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"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
CD8	_____个/μL	

医疗机构代码□□□□□□-□□□

抗病毒治疗号□□□□

成人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)

病毒学检测		
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 “低于设备检测低限, 检测不到” 填 0, 若 “高于高限, 检测不到” 填 9999999, 其他填具体数值		

其他检测			
指标	检测结果	指标	检测结果
白细胞计数	_____ 10 <sup>9</sup> /L	总淋巴细胞计数	_____ 10 <sup>9</sup> /L
血小板计数	_____ 10 <sup>9</sup> /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		

*13. 既往接受过几种方案的抗病毒治疗	_____ 种 (如不为 0, 请继续填写 13.1 题) 13.1 曾使用的抗病毒药物名称 _____、_____, _____、_____
*14 是否接受过复方新诺明预防机会性感染治疗?	<input type="checkbox"/> 是 (请继续填写 14.1 题); <input type="checkbox"/> 否 14.1 目前是否仍在服用? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15. 目前是否服用美沙酮?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
*16. 抗病毒治疗开始日期	□□□□年□□月□□日

*17. 本次抗病毒治疗处方				
药品名称	单位剂量 (mg/片)	单次用药量 (片/次)	服药方法 (QD、 BID、 TID)	发药量 (片)

*18. 下次随访领药日期	□□□□年□□月□□日
---------------	-------------

\*19. 填表人: \_\_\_\_\_

\*20. 填表日期: □□年□□月□□日

\*21. 审核人: \_\_\_\_\_

版本号 1.0 (2010-01-01)