

儿童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"/>										*抗病毒治疗号										<input type="text"/>									
*病人治疗编码	<input type="text"/>										(机构代码+抗病毒治疗号)																			
病人姓名	<input type="text"/>										身份证号										<input type="text"/>									
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"/>年<input type="text"/>月<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 <input type="checkbox"/> 转入其它治疗机构→转出日期: <input type="text"/>年<input type="text"/>月<input type="text"/>日 <input type="checkbox"/> 转入成人治疗→转出日期: <input type="text"/>年<input type="text"/>月<input type="text"/>日 </div> <div style="font-size: 3em; line-height: 1;">}</div> <div> 终止病人 随访结束 请跳至 第 10 题 </div> </div>																													
*2. 随访日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <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 6 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→请继续填写具体疾病/症状 <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"/> 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 (除外肺炎)	<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"/>																									

*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→ <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 疲倦 <input type="checkbox"/> 高敏反应 <input type="checkbox"/> 四肢麻木 <input type="checkbox"/> 腹部疼痛 <input type="checkbox"/> 脂肪重新分布 (可多选) <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 四肢疼痛 <input type="checkbox"/> 胃口改变 <input type="checkbox"/> 脂肪萎缩 <input type="checkbox"/> 多梦 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 否																														

*4.4 目前生长发育情况	身高: <input type="text"/> cm	体重: <input type="text"/> kg	头围: <input type="text"/> cm
*4.5 最近 7 天抗病毒药物漏服	____次	*最近 1 月抗病毒药物漏服	____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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
CD8	____个/μL	
CD4% (CD4/CD45)	____%	
病毒学检测指标	检测结果	采血日期
HIV 病毒载量	____C/mL	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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

儿童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)

其他检测指标	检测结果	其他检测指标	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		

*6. 临床处置

☐ 继续原方案原剂量/剂型

☐ 继续原方案, 更换药物剂量/剂型

☐ 继续抗病毒治疗, 更换抗病毒治疗药物, 换药原因:

☐ 药物相互作用

☐ 副反应→请选择 ☐ 外周神经炎 ☐ 骨髓抑制 ☐ 肝功异常 ☐ 中枢神经症状 ☐ 皮疹
(可多选) ☐ 胰腺炎 ☐ 恶心呕吐 ☐ 高敏反应 ☐ 肾功能损害 ☐ 其他

☐ 一线治疗失败

☐ 其他_____

☐ 停止抗病毒治疗, 停药原因:

☐ 治疗失败

☐ 药物相互作用

☐ 副反应→ 请选择 (可多选)

☐ 外周神经炎 ☐ 骨髓抑制 ☐ 肝功异常 ☐ 中枢神经症状 ☐ 皮疹

☐ 胰腺炎 ☐ 恶心呕吐 ☐ 高敏反应 ☐ 肾功能损害 ☐ 其他

☐ 经济原因

☐ 依从困难

☐ 其他

} → 随访结束

*7. 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)

*8. 患儿使用复方新诺明的情况:

☐ 开始服用 ☐ 未服用 ☐ 继续服用 ☐ 不良反应停药 ☐ 符合停药标准停药

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					

*9. 下次随访领药日期

□□□□年□□月□□日

*10. 填表人 _____ *11. 填表日期: □□年□□月□□日 *12. 审核人: _____