

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

03.08.2012 № 612

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
	Форма первинної облікової документації № 501-3 (II)/о	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, який заповнює форму	ЗАТВЕРДЖЕНО	
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №	
ПОВІДОМЛЕННЯ № 3 № _____ про результати ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та профілактику котримаксозолом у дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою « ____ » _____ 20 ____ року (дата заповнення)		
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____		
2. Дата народження дитини _____ (число, місяць, рік)		
3. Повна адреса місця проживання, контактний телефон _____		
4. Прізвище, ім'я, по батькові матері _____		
5. Результати дослідження, що проведені методом ПЛР ДНК:		
Дані першого дослідження _____ (вписати)	_____ (число, місяць, рік)	результат _____
Дані другого дослідження _____ (вписати)	_____ (число, місяць, рік)	результат _____
Дані третього дослідження _____ (вписати)	_____ (число, місяць, рік)	результат _____
6. Результат дослідження, що проведено методом ПЛР РНК, з метою визначення вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові дитини:		
Рівень вірусного навантаження: _____ (цифрами)	_____	копій/мл;
дата проведення дослідження _____	_____	(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

7. Встановлення ВІЛ-статусу за результатами ранньої діагностики:

ВІЛ-інфікована дитина

дитина, ВІЛ-негативний статус якої буде уточнюватися
методом серологічної діагностики ІФА/ІБ

дослідження методом ПЛР ДНК/РНК не проводилося

8. Профілактика пневмоцистної
пневмонії котримаксозолом:

проводилася

не проводилася

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

9. Додаткова інформація про дитину:

Форма № 501-3 (II)/о направлена до _____

(найменування центру СНІДу)

Дата відправлення форми № 501-3(II)/о до центру СНІДу

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

(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактної телефону лікаря, який заповнив форму № 501-3(II)/о

(П.І.Б. лікаря, телефон)

(підпис)