

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 (III)/о
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, який заповнює форму	ЗАТВЕРДЖЕНО
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №

ПОВІДОМЛЕННЯ № 3 № _____
про уточнення ВІЛ-статусу 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. Дитина проживає:

в сім'ї, з матір'ю та/або батьком		в сім'ї, під опікою родичів	
дитина усиновлена		у будинку дитини	
у закладі охорони здоров'я			

інше _____

6. 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)

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

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

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

ІФА

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

 Номер зразка

--

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

ІБ

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

 Номер зразка

--

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

8. Дата остаточно встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції дитині

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

(число, місяць, рік)

Ймовірний період інфікування ВІЛ дитини:

під час вагітності та/або пологів	
-----------------------------------	--

при грудному вигодовуванні	
----------------------------	--

невідомо	
----------	--

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

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

I стадія ПГЛ	
-----------------	--

II стадія	
-----------	--

III стадія	
------------	--

IV стадія	
-----------	--

10. Імунологічний статус та вірусне навантаження ВІЛ у плазмі крові 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	
----------------------------	--

11. АРТ:

отримує	
---------	--

потребує	
----------	--

не потребує	
-------------	--

Якщо дитина отримує АРТ, зазначити дату початку лікування

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

(число, місяць, рік)

та зазначити схему АРТ _____

12. Дата зняття з диспансерного обліку дитини

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

(число, місяць, рік)

13. Причини зняття з диспансерного обліку дитини:

у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції	
--------------------------------------	--

зміна місця проживання	
------------------------	--

смерть	
--------	--

14. У випадку смерті зазначити дату та причину смерті, ВІЛ-статус дитини:

дата смерті дитини

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

(число, місяць, рік)

ВІЛ-статус на момент смерті:

позитивний

негативний

не встановлено

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

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

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

Місце смерті дитини:

дома

ЗОЗ

невідомо

інше

15. Додаткова інформація про дитину:

Форма № 501-3 (III)/о направлена до _____
(найменування центру СНІДу)

Дата відправлення форми № 501-3 (III)/о до центру СНІДу _____
(число, місяць, рік)

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

(П.І.Б. лікаря, телефон)

(підпис)