

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
№ 501-1/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

ПОВІДОМЛЕННЯ № 1 № _____
про ВІЛ-інфіковану вагітну
« _____ » _____ 20__ року
(дата заповнення)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____
(число, місяць, рік)

кількість повних років _____
(цифрами)

3. Громадянка: України іншої країни
(вказати назву країни)

4. Місце проживання, контактний телефон _____

5. Мешкає: у місті у селі

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

_____ Термін вагітності у тижнях _____
(число, місяць, рік) (цифрами)

не перебувала на обліку у зв'язку з вагітністю

7. Освіта:

базова загальна
середня освіта

повна загальна
середня освіта

професійно-
технічна освіта

вища освіта

8. Сімейний стан на момент встановлення вагітності:

шлюб зареєстрований

проживає з постійним партнером,
шлюб не зареєстрований

розлучена

вдова

інше

17. Імунологічний статус та вірусне навантаження на момент першого обстеження у ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, під час даної вагітності:

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

18. Стадія ВІЛ-інфекції на момент першого обстеження у ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, під час даної вагітності

18.1. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції:

гострий ретровірусний синдром

I стадія безсимптомна
 I стадія ПГЛ

II стадія

III стадія

IV стадія

18.2. Ступінь імуносупресії ВІЛ-інфекції:

≥ 500 кл/мкл CD4

350-499 кл/мкл CD4

200-349 кл/мкл CD4

< 200 кл/мкл або відносна кількість $< 15\%$ CD4

18.3. При встановленні діагнозу туберкульозу зазначити:

а) визначення випадку вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) повторний випадок

дата встановлення діагнозу туберкульозу
(число, місяць, рік)

дата зняття діагнозу туберкульозу
(число, місяць, рік)

б) локалізація легеневий

позалегеновий

в) бактеріовиділення МБТ+

МБТ-

19. Активне вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом:

так

ні

невідомо

стаж вживання ін'єкційних наркотиків
(цифрами)

учасниця програми замісної підтримувальної терапії так

ні

невідомо

19.1. Вживання неін'єкційних наркотичних речовин: _____

20. ВІЛ-статус партнера: позитивний

негативний

невідомо

21. Кількість статевих партнерів під час вагітності:
(цифрами)

невідомо

22. 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 | |

23. Репродуктивні плани:

народжувати дитину

перервати вагітність

24. Надання жінкою поінформованої згоди на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (форма № 501-5/о)

так

ні

25. Додаткова інформація щодо ВІЛ-інфікованої вагітної:

Форма № 501-1/о направлена до _____
(найменування центру СНІДу)

Дата відправлення форми № 501-1/о до центру СНІДу

(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону лікаря, який заповнив форму № 501-1/о

(П.І.Б. лікаря, телефон)

(підпис)