三、预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表

## 表1 预防艾滋病母婴传播工作月报（汇总）表

**（由妇幼保健机构汇总）**

 **省（自治区、直辖市） 市（县）**

 **年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** | **人数** | **指标说明** |
|  | **婚前保健** | **接受婚前保健人数** | **男** |  | **由表1–Ⅰ汇总获得。** |
|  | **女** |  |
|  | **接受艾滋病咨询人数** | **男** |  |
|  | **女** |  |
|  | **接受HIV检测人数** | **男** |  |
|  | **女** |  |
|  | **HIV检测阳性人数** | **男** |  |
|  | **女** |  |
|  | **孕期** | **接受初次产前保健的孕妇数** |  | **由表1–Ⅱ汇总获得。** |
|  | **接受艾滋病咨询孕妇数** |  |
|  | **接受HIV检测孕妇数** |  |
|  | **HIV检测阳性孕妇数** |  |
|  | **住院分娩** | **住院分娩产妇数** |  |
|  | **孕期接受艾滋病咨询产妇数** |  |
|  | **孕期接受HIV检测产妇数** |  |
|  | **仅产时接受艾滋病咨询产妇数** |  |
|  | **仅产时接受HIV检测产妇数** |  |
|  | **仅产时HIV检测阳性产妇数** |  |
|  | **HIV检测阳性产妇总数** |  |
|  | **住院分娩活产数** |  |
|  | **HIV阳性产妇所生活产数** |  |
|  | **非住院分娩** | **非住院分娩产妇数** |  | **由表1–Ⅲ汇总获得。** |
|  | **孕期接受艾滋病咨询产妇数** |  |
|  | **孕期接受HIV检测产妇数** |  |
|  | **仅产时接受HIV检测产妇数** |  |
|  | **仅产时HIV检测阳性产妇数** |  |
|  | **HIV检测阳性产妇数** |  |
|  | **非住院分娩活产数** |  |
|  | **HIV阳性产妇所生活产数** |  |
|  | **地区产妇总数** |  |
|  | **地区活产总数** |  |

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

## 表1–Ⅰ 预防艾滋病母婴传播工作月报表

**（由婚前保健机构填写）**

 **市（县） 医院（妇幼保健院） 年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** |  | **人数** |
|  | **接受婚前保健人数** |  **男** |  |
|  |  **女** |  |
|  | **其中接受艾滋病咨询人数** |  **男** |  |
|  |  **女** |  |
|  | **其中接受HIV检测人数** |  **男** |  |
|  |  **女** |  |
|  | **其中HIV检测阳性人数** |  **男** |  |
|  |  **女** |  |

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

## 表1–Ⅱ 预防艾滋病母婴传播工作月报表

**（由助产机构填写）**

 **市（县） 医院（妇幼保健院） 年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** | **人数** | **指标说明** |
|  | **孕****期** | **接受初次产前保健的孕妇数** |  | **指初次接受孕期保健服务的孕妇人数。** |
|  | **接受艾滋病咨询孕妇数** |  | **以艾滋病检测相关告知登记或咨询登记或其他记录资料为依据。** |
|  | **接受HIV检测孕妇数** |  | **孕期初次接受HIV检测的孕妇人数，以艾滋病检测结果报告单为依据。** |
|  | **HIV检测阳性孕妇数** |  | **包括所有在孕期经HIV补充试验检测阳性的孕妇，无论其妊娠结局如何。** |
|  | **住****院****分****娩** | **住院分娩产妇数** |  | **包括在本机构住院分娩的所有产妇（含≥28孕周引产的产妇）。** |
|  | **孕期接受艾滋病咨询产妇数** |  | **本机构住院分娩产妇中在孕期接受艾滋病咨询的人数，依据孕期告知登记、咨询记录及相关信息资料为依据。** |
|  | **孕期接受HIV检测产妇数** |  | **本机构住院分娩产妇中在孕期接受HIV检测的人数。** |
|  | **仅产时接受艾滋病咨询产妇数** |  | **本机构住院分娩产妇中在孕期未接受艾滋病咨询与检测，仅在住院分娩时才接受艾滋病咨询的产妇人数，以产时登记或出具相关信息材料为依据统计。** |
|  | **仅产时接受HIV检测产妇数** |  | **本机构住院分娩产妇中在孕期未接受HIV检测，仅在住院分娩时才接受该检测的产妇人数，依据分娩登记及艾滋病检测结果报告单填写。** |
|  | **仅产时HIV检测阳性产妇数** |  | **本机构住院分娩产妇中在孕期未接受HIV检测，仅在住院分娩时才接该检测，且经HIV补充试验检测阳性的产妇人数。** |
|  | **HIV检测阳性产妇总数** |  | **在本机构住院分娩的所有经HIV补充试验检测阳性的产妇人数，无论其在孕期还是产时检出。** |
|  | **住院分娩活产数** |  | **包括所有住院分娩活产数。** |
|  | **HIV阳性产妇所生活产数** |  | **在本机构住院分娩经HIV补充试验检测阳性产妇分娩活产数。** |

**注：如果1个孕产妇在孕产期多次接受咨询、检测，则仅上报1次。**

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

## 表1–Ⅲ 预防艾滋病母婴传播工作月报表

**（由县/市妇幼保健机构填写）**

 **市（县） 年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** | **人数** | **指标说明** |
|  | **非住院分娩** | **非住院分娩产妇数** |  | **由三级保健网络常规上报数据获得。** |
|  | **孕期接受艾滋病咨询产妇数** |  | **在孕期接受过艾滋病咨询的产妇人数，以“孕产期保健手册”记录为依据。** |
|  | **孕期接受HIV检测产妇数** |  | **在孕期接受过HIV检测的产妇人数，以“孕产期保健手册”记录或“艾滋病检测结果报告单”为依据。** |
|  | **仅产时接受HIV检测产妇数** |  | **在孕期未接受HIV检测，仅分娩时才接受该检测的产妇人数，依据“孕产期保健手册”记录或“艾滋病检测结果报告单”填写。** |
|  | **仅产时HIV检测阳性产妇数** |  | **在孕期未接受HIV检测，仅分娩时才接受该检测，且经HIV补充试验检测阳性的产妇人数。** |
|  | **HIV检测阳性产妇数** |  | **指非住院分娩的所有经HIV补充试验检测阳性的产妇人数。** |
|  | **非住院分娩活产数** |  | **指非住院分娩的所有活产数。** |
|  | **HIV阳性产妇所生活产数** |  | **指非住院分娩的经HIV补充试验检测阳性产妇分娩活产数。** |
|  | **辖区产妇总数** |  | **由三级保健网络常规上报数据获得，为辖区内住院分娩与非住院分娩的产妇人数总和。** |
|  | **辖区活产总数** |  | **由三级保健网络常规上报数据获得，为辖区内住院分娩与非住院分娩的活产数总和。** |

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

## 表2 预防梅毒、乙肝母婴传播工作月报（汇总）表

**（由妇幼保健机构汇总）**

 **省（自治区、直辖市） 市（县）**

 **年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** | **人数** | **指标说明** |
| **1.** | **孕期** | **接受初次产前保健的孕妇数** |  | **由表2–Ⅰ汇总获得。** |
| **2.** | **接受梅毒检测孕妇数** |  |
| **3.** | **其中：梅毒感染孕妇数** |  |
| **4.** | **接受乙肝表面抗原检测孕妇数** |  |
| **5.** | **其中：乙肝表面抗原阳性孕妇数** |  |
| **6.** | **住院分娩** | **梅毒** | **孕期接受梅毒检测产妇数** |  | **由表2–Ⅰ汇总获得。** |
| **7.** | **仅产时接受梅毒检测产妇数** |  |
| **8.** | **仅产时诊断为梅毒感染产妇数** |  |
| **9.** | **梅毒感染产妇总数** |  |
| **10.** | **梅毒感染产妇所生活产数** |  |
| **11.** | **乙肝** | **孕期接受乙肝表面抗原检测产妇数** |  |
| **12.** | **仅产时接受乙肝表面抗原检测产妇数** |  |
| **13.** | **仅产时乙肝表面抗原阳性产妇数** |  |
| **14.** | **乙肝表面抗原阳性产妇总数** |  |
| **15.** | **乙肝表面抗原阳性产妇所生活产数** |  |
| **16.** | **其中：注射乙肝免疫球蛋白的儿童数** |  |
| **17.** | **非住院分娩** | **梅毒** | **接受梅毒检测产妇数** |  | **由表2–Ⅱ汇总获得。** |
| **18.** | **梅毒感染产妇数** |  |
| **19.** | **梅毒感染产妇所生活产数** |  |
| **20.** | **乙肝** | **接受乙肝表面抗原检测产妇数** |  |
| **21.** | **乙肝表面抗原阳性产妇总数** |  |
| **22.** | **乙肝表面抗原阳性产妇所生活产数** |  |
| **23.** | **其中：注射乙肝免疫球蛋白的儿童数** |  |

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

## 表2–Ⅰ 预防梅毒、乙肝母婴传播工作月报表

**（由助产机构填写）**

 **市（县） 医院（妇幼保健院） 年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** | **人数** | **指标说明** |
|  | **孕期** | **接受初次产前保健的孕妇数** |  | **指初次接受孕期保健服务的孕妇人数。** |
|  | **接受梅毒检测孕妇数** |  | **孕期初次接受梅毒检测的孕妇人数，以梅毒检测结果报告单为依据。** |
|  | **其中：梅毒感染孕妇数** |  | **包括所有在孕期诊断为梅毒感染的孕妇，无论其妊娠结局如何。** |
|  | **接受乙肝表面抗原检测孕妇数** |  | **孕期初次接受乙肝病毒血清标志物检测（乙肝表面抗原或两对半）的孕妇数，以检测结果报告单为依据。** |
|  | **其中：乙肝表面抗原阳性孕妇数** |  | **包括所有在孕期检出的乙肝表面抗原阳性孕妇，无论其妊娠结局如何。** |
|  | **住院分娩** | **梅毒** | **孕期接受梅毒检测产妇数** |  | **产妇中在孕期接受梅毒检测的人数。** |
|  | **仅产时接受梅毒检测产妇数** |  | **产妇中在孕期未接受梅毒检测，仅在住院分娩时才接受该检测的产妇人数，依据分娩登记及梅毒检测结果报告单填写。** |
|  | **仅产时诊断为梅毒感染产妇数** |  | **产妇中在孕期未接受梅毒检测，仅分娩时才接受该检测、且诊断为梅毒感染的产妇人数。** |
|  | **梅毒感染产妇总数** |  | **所有诊断为梅毒感染的产妇人数，无论其在孕期还是产时诊断为梅毒感染。** |
|  | **梅毒感染产妇所生活产数** |  | **梅毒感染产妇分娩活产数。** |
|  | **乙肝** | **孕期接受乙肝表面抗原检测产妇数** |  | **产妇中在孕期接受乙肝病毒病血清标志物检测（乙肝表面抗原或两对半）的人数。** |
|  | **仅产时接受乙肝表面抗原检测产妇数** |  | **产妇中在孕期未接受乙肝病毒血清标志物检测（乙肝表面抗原或两对半），仅在住院分娩时才接受该检测的产妇人数，依据分娩登记及相关检测结果报告单填写。** |
|  | **仅产时乙肝表面抗原阳性产妇数** |  | **产妇中在孕期未接受乙肝病毒血清标志物检测（乙肝表面抗原或两对半），仅住院分娩时才接受该检测、且乙肝表面抗原阳性的产妇人数。** |
|  | **乙肝表面抗原阳性产妇总数** |  | **所有乙肝表面抗原阳性产妇人数，无论其在孕期还是产时检出。** |
|  | **乙肝表面抗原阳性产妇所生活产数** |  | **乙肝表面抗原阳性产妇分娩活产数。** |
|  | **其中：注射乙肝免疫球蛋白的儿童数** |  | **乙肝表面抗原阳性产妇分娩的活产儿中接受乙肝免疫球蛋白注射的人数。** |

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

## 表2–Ⅱ 预防梅毒、乙肝母婴传播工作月报表

**（由县/市妇幼保健机构填写）**

 **市（县） 年 月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **项 目** | **人数** | **指标说明** |
|  | **非住院分娩** | **梅毒** | **接受梅毒检测产妇数** |  | **接受过梅毒检测的产妇人数，以“孕产期保健手册”记录或“梅毒检测结果报告单”为依据。** |
|  | **梅毒感染产妇数** |  | **所有诊断为梅毒感染产妇人数。** |
|  | **梅毒感染产妇所生活产数** |  | **所有梅毒感染产妇分娩活产数。** |
|  | **乙肝** | **接受乙肝表面抗原检测产妇数** |  | **接受过乙肝病毒血清标志物检测（乙肝表面抗原或两对半）的产妇人数，以“孕产期保健手册”记录或“检测结果报告单”为依据。** |
|  | **乙肝表面抗原阳性产妇总数** |  | **所有乙肝表面抗原阳性产妇人数。** |
|  | **乙肝表面抗原阳性产妇所生活产数** |  | **所有乙肝表面抗原阳性产妇分娩活产数。** |
|  | **其中：注射乙肝免疫球蛋白的儿童数** |  | **乙肝表面抗原阳性产妇分娩的活产儿中接受乙肝免疫球蛋白注射的人数。** |

**填报时间： 填报人：**

**填报单位负责人： 填报单位（盖章）：**

**编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□**

## 表3–Ⅰ、艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡（保密）

 **省（自治区、市） 县（市、区） 医院（妇幼保健院）**

|  |
| --- |
| **一、基本情况****姓名： 身份证号： .****出生日期： 年 月 日（如出生日期不详，实足年龄： 岁）****民族： 汉、 壮、 满、 回、 苗、 维吾尔、 彝、 土家、 蒙古、 藏、 其他** **文化程度： 文盲/半文盲、 小学、 初中、 高中（含中专、职业高中、技工学校等）** **大专或大学、 硕士及以上、 不详****职业：** **学生（研究生、大学、中学）、 教师、 保育员及保姆、 餐饮食品业、 商业服务、 医务人员、 工人、**  **农民工、 农民、 牧民、 渔（船）民、 干部职员、 离退人员、 家务及待业、 其他 、 不详****婚姻状况： 未婚、 初婚、 再婚、 同居、 离婚、 丧偶****孕产情况： 孕次、 产次、 现有子女数****现住址（详填）： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 （门牌号）****户口所在地： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 （门牌号）****工作单位： 联系电话（非必填）：** **孕产妇/婚检妇女属于： 本县区、 本市其他县区、 本省其他地市 外省、 港澳台、 外籍 （国家）** |
| **二、艾滋病病毒感染相关情况****明确艾滋病病毒感染时期： 婚前检查、 人工流产、 引产、 孕期保健、 产时、 产后、 其他** **明确艾滋病病毒感染时间： 年 月 日****本次妊娠前是否已知HIV感染（仅感染孕产妇填写）： 否、 是：本次是确诊HIV感染后第 次妊娠****最可能的艾滋病病毒感染途径：** **注射毒品、 性传播、 采血（浆）、 输血/血制品、 母婴传播、 职业暴露、 不详、 其他** **相关危险行为（可多选）：** **与HIV感染配偶或男友的性生活、 多性伴、 商业性行为、 注射吸毒、 有偿采供血、 输血或使用血制品、** **纹身或穿耳等身体刺伤、 意外伤害、 职业暴露、 医源性感染、 不详、 其他**  |
| **三、丈夫/性伴情况****姓名： 出生日期： 年 月 日（如出生日期不详，实足年龄： 岁）****民族： 汉、 壮、 满、 回、 苗、 维吾尔、 彝、 土家、 蒙古、 藏、 其他** **文化程度： 文盲/半文盲、 小学、 初中、 高中（含中专、职业高中、技工学校等）** **大专或大学、 硕士及以上、 不详****职业：** **学生（研究生、大学、中学）、 教师、 保育员及保姆、 餐饮食品业、 商业服务、 医务人员、 工人、** **农民工、 农民、 牧民、 渔（船）民、 干部职员、 离退人员、 家务及待业、 其他 、 不详****HIV检测情况： 不详、 未检测、 检测****HIV检测结果： 不详、 阴性、 阳性，明确感染的时间： 年 月 日、 不详****最可能的艾滋病病毒感染途径：** **注射毒品、 异性传播、 同性传播、 采血（浆）、 输血/血制品、 母婴传播、 职业暴露、 不详、 其他** **相关危险行为（可多选）：** **无危险行为、 多性伴、 嫖娼、 同性性行为、 注射吸毒、 有偿采供血、 输血或使用血制品、** **纹身或穿耳等身体刺伤、 意外伤害、 职业暴露、 医源性感染、 不详、 其他**  |
| **四、本次接受预防艾滋病母婴传播服务情况****本次接受预防艾滋病母婴传播服务的时期： 婚前检查、 人工流产、 引产、 孕前、 孕期、 产时、 产后****艾滋病检测前咨询情况： 未咨询、 咨询； 艾滋病检测后咨询情况： 未咨询、 咨询** |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话： 填报日期： 年 月 日** |
| **备注（非必填）：** |

**编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□**

## 表3–Ⅱ、艾滋病病毒感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡（保密）

 **省（自治区、市） 县（市、区） 医院（妇幼保健院）**

|  |
| --- |
| **姓名： 身份证号： .****一、本次妊娠、孕产期保健及分娩情况****本次妊娠末次月经时间： 年 月 日，预产期： 年 月 日，初检孕周： 周****妊娠结局： 分娩、 自然流产、 人工终止妊娠，终止妊娠孕周： 周、 其他** **是否失访： 未失访、 已失访，失访时期： 孕周或产后 周****孕产期异常情况（多选）： 未发生、 早产、 中重度贫血、 妊娠高血压疾病、 胎膜早破、 滞产、 产后出血、** **妊娠合并糖尿病、 妊娠合并心脏病、 妊娠合并肝病、 妊娠梅毒、 其他** **分娩方式： 自然分娩、 阴道助产、 择期剖宫产、 急诊剖宫产、 不详****分娩时间： 年 月 日 时 分， 孕周+ 天，总产程 小时 分****分娩地点： 市级以上助产机构、 县（区）级助产机构、 乡（街道）级助产机构、 家中、 其他** **产科操作（可多选）： 无、 侧切、 人工破膜、 胎吸、 产钳、 宫内头皮监测、 不详、 其他** **会阴裂伤： 无、 Ⅰ度裂伤、 Ⅱ度裂伤、 Ⅲ度裂伤及以上****分娩胎数： 单胎、 双胎、 三胎、 其他 （多胎请另附本表分别填写围产儿、新生儿有关内容）****孕产妇结局： 存活、 死亡，死亡原因 、 不详****围产儿转归： 活产、 死胎、 死产、 七天内死亡、 不详****围产儿异常情况（可多选）： 无、 早产或低出生体重、 新生儿肺炎、 新生儿窒息、 出生缺陷 、 其他** **随访情况：孕期随访 次** |
| **二、孕产妇抗艾滋病病毒药物应用情况： 用药、 未用药（跳至“三、孕产妇复方新诺明用药情况”）****开始用药时间： 孕期， 孕周、 产时、 产后** **孕期： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次** **产时： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次****产后： 未用药、 用药，药物名称： + + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次****停止用药情况： 未停药、 已停药，停药时间： 孕期， 孕周、 产时、 产后 天** |
| **三、孕产妇复方新诺明用药情况： 用药、 未用药（跳至“四、孕产妇相关检测情况”）** **开始用药时间： 孕期， 孕周、 产时、 产后****停止用药情况： 未停药、 已停药，停药时间： 孕期， 孕周、 产时、 产后 天** |
| **四、孕产妇相关检测情况： 进行过检测（检测填写结果，未检测用“/”表示）、 未进行任何检测（跳至“四、新生婴儿情况”）** |
|  **相关检测** **检测孕周/时间** | **检测结果** **孕周** | **检测结果** **孕周** | **检测结果****孕晚期 孕周/ 产时** | **检测结果****产后 周** |
| **白细胞计数（× 109/L）****总淋巴细胞计数（× 109/L）****血小板计数（× 109/L）****血红蛋白（g/L）****血糖（mmol/L）****谷丙转氨酶（ALT）（u/L）****谷草转氨酶（AST）（u/L）****总胆红素（T.BIL）（μmol/L）****血肌酐（μmol/L）****血尿素氮（mmol/L）****CD4细胞计数（个/mm3）****CD8细胞计数（个/mm3）****病毒载量（拷贝/ ml）** |  **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** **;** |  **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** **;** |  **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** **;** |  **. ;** **. ;** **;** **;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **. ;** **;** **;** **;** |
| **梅毒** |  **未检测、 检测，检测时间： 孕周 不详****检测方法：** **梅毒螺旋体抗原血清学试验（TPPA、ELISA等）、 非梅毒螺旋体抗原血清学试验（RPR、TRUST等）、 其他**  **梅毒螺旋体抗原血清学试验检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详****非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详****滴度： 未检测、 1:8以下、 1:8~1:64、 1:64~1:128、 1:128~1:256、 1:256以上****其他检测结果：　 阴性、 阳性、 不确定、 不详** |
| **乙肝** | **表面抗原（HBsAg）** |  **未检测、 检测，检测时间： 孕周 检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详** |
| **e抗原（HBeAg）** |  **未检测、 检测，检测时间： 孕周 检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详** |
| **丙肝** | **HCV-IgG** |  **未检测、 检测，检测时间： 孕周 检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详** |
| **HCV-IgM** |  **未检测、 检测，检测时间： 孕周 检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详** |
| **五、新生婴儿情况（如有多个活产婴儿，请分别填写婴儿基本情况及用药情况）****姓名： 性别： 男、 女 出生日期： 年 月 日****出生体重： 克 出生身长： . 厘米 随访情况： 随访中、 未随访****存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 ，死亡时间： 年 月 日****预防接种情况： 未接种、 乙肝疫苗第一针、 卡介苗、 不详** |
| **六、新生婴儿抗艾滋病病毒药物应用情况： 用药、 未用药（跳至“报告单位（盖章）处”）****开始用药时间： 年 月 日，停止用药时间： 年 月 日****药物名称： + ，漏服情况： 未漏服、 漏服 次** |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话： 填报日期： 年 月 日** |
| **备注（非必填）：** |

**孕产妇编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□**

**儿童编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□—□**

## 表3–Ⅲ、艾滋病病毒感染产妇及所生儿童随访登记卡（保密）

 **省（自治区、市） 县（市、区） 医院（妇幼保健院）**

**孕产妇姓名： 身份证号： .**

**儿童姓名： 性别： 男、 女 出生日期： 年 月 日**

**民族： 汉、 壮、 满、 回、 苗、 维吾尔、 彝、 土家、 蒙古、 藏、 其他**

**现住址（详填）： 乡（镇、街道） 村 （门牌号）； 联系电话（非必填）：**

**随访日期： 年 月 日 儿童月龄： 月 随访人姓名：**

**一、感染妇女情况**

**（一）随访情况： 随访、 未随访、 已失访，失访原因**

**（二）存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 、 不详**

**（三）转介服务： 未提供、 提供，转介原因 ，转介机构**

**（四）避孕情况： 未避孕、 不详**

 **避孕，避孕方法（可多选）： 安全套、 宫内节育器、 口服避孕药、 不详、 其他**

 **开始应用避孕方法时间： 年 月**

**二、儿童情况**

**（一）随访情况： 随访、 未随访、 已失访，失访原因 （儿童在满21月龄前不报告失访）**

**（二）存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 ，死亡时间： 年 月 日**

**（三）转介服务： 未提供、 提供，转介原因1 ，转介机构1**

 **转介原因2 ，转介机构2**

**（四）生长发育：体重： 不详、 . 千克 年龄别体重评价： 下 中 上**

 **身长： 不详、 . 厘米， 年龄别身长评价： 下 中 上**

 **身长别体重评价： 下 中 上**

**（五）喂养方式： 纯母乳喂养、 人工喂养、 混合喂养、 其他**

**（六）辅食添加： 未添加、 已添加， 月龄开始添加**

**（七）疾病情况（多选）： 未发现、 病理性黄疸、 上呼吸道感染、 病理性腹泻、 肺炎、 贫血、**

 **佝偻病、 中重度营养不良、 不详、 其他**

**（八）相关症状（多选）： 未发现、 间歇或持续性发热、 持续性咳嗽、 皮疹、**

 **全身性淋巴结肿大、 口、咽部念珠菌感染、 肝脾肿大、 不详、**

 **其他**

 **（九）预防接种情况：**

**卡介苗： 未接种、 接种、 不详**

**乙肝疫苗： 未接种、 接种，（第 1/ 2/ 3针）、 不详**

**脊髓灰质炎疫苗： 未接种、 接种，（第 1/ 2/ 3剂）、 不详**

**麻疹疫苗： 未接种、 接种、 不详
百白破混合制剂： 未接种、 接种，（第 1/ 2/ 3针）、 不详**

**其他： 未接种、 接种， 、 不详**

**（十）HIV检测： 未检测（跳至（十三）预防应用复方新诺明）**

 **已检测，检测时间： 年 月 日**

**（十一）HIV检测结果： 阴性、 阳性、 不确定、 不详、 其他**

**（十二）本次随访期间HIV检测方法（多选）： 早期核酸检测、 抗体筛查、 补充试验、**

 **不详、 其他**

**（十三）预防应用复方新诺明：**

 **未应用、 应用，开始时间： 年 月 日**

**是否停药： 否、 是，停止时间： 年 月 日，**

**停止原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **（十四）备注（非必填）：**

**报告单位（盖章）： 报告医生：**

**联系电话： 填报日期： 年 月 日**

**编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□**

## 表4–Ⅰ、梅毒感染孕产妇登记卡

 **省（自治区、市） 县（市、区） 医院（妇幼保健院）**

|  |
| --- |
| **一、基本情况****姓 名： 身份证号： .****出生日期： 年 月 日（如出生日期不详，实足年龄： 岁）****民 族： 汉 壮 满 回 苗 维吾尔 彝 土家 蒙古 藏 其他** **文化程度： 文盲/半文盲 小学 初中 高中（含中专、职业高中、技工学校等） 大专或大学 硕士及以上 不详****职 业： 学生（研究生、大学、中学）、 教师、 保育员及保姆、 餐饮食品业、 商业服务、 医务人员、 工人** **农民工 农民 牧民 渔（船）民 干部职员 离退人员 家务及待业 其他 不详****婚姻状况： 未婚 初婚 再婚 同居 离婚 丧偶****孕产情况： 孕次 产次 现有子女数****既往不良妊娠结局： 无、 自然流产 次、 死胎 次、 死产 次、 早产 次、 出生缺陷 胎、 其他** **本次妊娠末次月经时间： 年 月 日；预产期： 年 月 日；初检孕周： 周****现住址（详细）： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 （门牌号）****户口所在地： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 （门牌号）****工作单位： 联系电话（非必填）：**  |
| **二、孕产妇梅毒感染相关情况****既往是否诊断为梅毒感染： 否 是，诊断时间： 年 月 日、 不详****本次诊断梅毒感染时期： 孕期（ 孕周） 产时 产后 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****本次诊断梅毒感染时间： 年 月 日****本次梅毒诊断分期为： 隐性 一期 二期 三期 不详****最可能的梅毒感染途径： 性传播 血液传播 母婴传播 不详 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****丈夫/性伴目前的梅毒感染状况： 未检测、 未感染、 感染、 检测结果不详、 是否检测不详****（填写“未检测”、“未感染”、“结果不详”或“是否检测不详”，跳至“三”）****丈夫/性伴的梅毒诊断时间： 年 月 日、 不详** |
| **三、孕产妇本次妊娠梅毒实验室诊断依据**

|  |
| --- |
| **非梅毒螺旋体抗原血清学试验方法及时间：** |
|  **快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）** | **滴度结果： 1： ，** | **检测时间： 年 月 日** |
|  **甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）** | **滴度结果： 1： ，** | **检测时间： 年 月 日** |
|  **其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **滴度结果： 1： ，** | **检测时间： 年 月 日** |
| **梅毒螺旋体抗原血清学试验方法及时间：** |
|  **梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA）** |  | **检测时间： 年 月 日** |
|  **酶联免疫吸附试验（ELISA）** |  | **检测时间： 年 月 日** |
|  **免疫层析法-快速检测（RT）** |  | **检测时间： 年 月 日** |
|  **其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **检测时间： 年 月 日** |
| **梅毒螺旋体IgM抗体检测：** |  **未检测 检测阳性 检测阴性** | **检测时间： 年 月 日** |
| **暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：** |  **未检测 检测（检测到梅毒螺旋体： 否 是）** | **检测时间： 年 月 日** |

 |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话： 填报日期： 年 月 日** |
| **备注（非必填）：** |

**孕产妇编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□**

**儿童编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□—□**

## 表4–II、梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡

 **省（自治区、市） 县（市、区） 医院（妇幼保健院）**

|  |
| --- |
| **孕产妇姓名： 身份证号： 联系电话：** **现住址（详细）： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 （门牌号）；****一、孕产妇本次妊娠及分娩情况****妊娠结局： 分娩 自然流产（孕周： 周） 人工终止妊娠（终止妊娠孕周： 周） 其他** **是否失访： 未失访 已失访（失访时期： 孕周或产后 周）****孕产期异常情况（可多选）： 未发生 胎膜早破 产后出血 乙肝感染 HIV感染 其他** **本次妊娠的末次月经时间： 年 月 日****分娩日期： 年 月 日，分娩孕周 周+ 天****分娩方式： 自然分娩 阴道助产 择期剖宫产 急诊剖宫产 不详****分娩胎数： 单胎 双胎 三胎 其他** **孕产妇结局： 存活 死亡，死亡原因 不详****围产儿转归： 活产 死胎 死产 七天内死亡 不详****围产儿异常情况（可多选）： 无 早产或低出生体重 新生儿肺炎 新生儿窒息 出生缺陷 其他**  |
| **二、孕产妇梅毒药物应用情况： 未用药、 用药（选择“未用药”跳至“三”）****第一个疗程****开始时间： 年 月 日，药物： 普鲁卡因青霉素G 苄星青霉素G 头孢曲松 红霉素 其他** **每日用量 . （万U/次或g/日），结束疗程时间： 年 月 日，不详****第二个疗程 否、 是****开始时间： 年 月 日，药物： 普鲁卡因青霉素G 苄星青霉素G 头孢曲松 红霉素 其他** **每日用量 . （万U/次或g/日），结束疗程时间： 年 月 日，不详****第三个疗程 否、 是****开始时间： 年 月 日，药物： 普鲁卡因青霉素G 苄星青霉素G 头孢曲松 红霉素 其他** **每日用量 . （万U/次或g/日），结束疗程时间： 年 月 日，不详** |
| **三、孕产妇本次分娩前或孕晚期非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测： 未检测、 检测**

|  |  |
| --- | --- |
|  **快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |
|  **甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |
|  **其他**  |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |

 |
| **四、梅毒感染孕产妇所生新生儿情况****儿童姓名： 性别： 男 女 出生体重： 克 出生身长： . 厘米****（一）存活情况： 存活 死亡，死亡原因 ，死亡时间： 年 月 日****（二）所生婴儿出生后的梅毒检测方法：****非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测（可多选）： 未检测、 检测**

|  |  |
| --- | --- |
|  **快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |
|  **甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |
|  **其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |

**梅毒螺旋体抗原血清学试验检测（可多选）： 未检测、 检测**

|  |  |
| --- | --- |
|  **梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA）** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
|  **酶联免疫吸附试验（ELISA）** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
|  **免疫层析法-快速检测（RT）** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
|  **其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
| **梅毒螺旋体IgM抗体检测：** |  **未检测 检测阳性 检测阴性** | **检测时间： 年 月 日** |
| **暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：** |  **未检测 检测（检测到梅毒螺旋体： 否 是）** | **检测时间： 年 月 日** |

**（三）相关症状（多选）： 未发现 水泡-大疱，红斑，丘疹，扁平湿疣 鼻炎或喉炎 全身性淋巴结肿大** **骨髓炎，骨软骨炎及骨膜炎 贫血 肝脾肿大 不详 其他** **（四）是否接受预防性治疗： 否、 是（选“否”，跳至“（五）儿童梅毒感染诊断情况”）****预防性治疗的药物名称： 苄星青霉素G 其他 ；剂量用量 . （万U/kg）****预防性治疗开始时间： 年 月 日 距分娩时间： 天 小时 分****（五）新生儿梅毒感染情况： 诊断先天梅毒、 继续随访待诊断（选择“继续随访待诊断”，跳至“八”）****（六）新生儿诊断为先天梅毒的依据：（可多选）**  **出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性，且滴度大于等于母亲分娩前滴度的4倍，梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性；** **皮肤黏膜损害或组织标本暗视野显微镜（或镀银染色）检测到梅毒螺旋体；** **梅毒螺旋体IgM抗体检测阳性。****（七）诊断为先天梅毒的新生儿是否接受治疗： 否 是****（八）备注（非必填）：**  |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话： 填报日期： 年 月 日** |
| **备注** |

**孕产妇编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□**

**儿童编号：□□□□□□—□□□—□□□□—□□□—□**

## 表4–Ⅲ、梅毒感染产妇所生儿童随访登记卡

##  省（自治区、市） 县（市、区） 医院（妇幼保健院）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **孕产妇姓名： 身份证号： ：****现住址（详细）： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 （门牌号）；****儿童姓名： 性别： 男、 女 出生日期： 年 月 日 联系电话：** **儿童月龄： 月 随访日期： 年 月 日 随访人姓名：** **（一）随访情况： 未随访、 随访、 已失访，失访原因 （儿童在满21月龄前不报告失访）****（二）存活情况： 存活、 死亡，死亡原因 ，死亡时间： 年 月 日****（三）生长发育：体重： 不详、 . 千克， 年龄别体重评价： 下、 中、 上** **身长： 不详、 . 厘米， 年龄别身长评价： 下、 中、 上** **身长别体重评价： 下、 中、 上****（四）喂养方式： 母乳喂养、 人工喂养、 混合喂养、 其他** **（五）相关症状或疾病（可多选）：** **未发现 水泡-大疱，红斑，丘疹，扁平湿疣 鼻炎或喉炎 全身性淋巴结肿大、 骨髓炎，骨软骨炎及骨膜炎 病理性黄疸** **上呼吸道感染 腹泻 肺炎 贫血、 肝脾肿大 佝偻病 中重度营养不良 不详 其他** **（六）梅毒检测方法：****非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测（可多选）： 未检测、 检测**

|  |  |
| --- | --- |
|  **快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |
|  **甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |
|  **其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  **阴性、 阳性，滴度：1： ，检测时间： 年 月 日** |

**梅毒螺旋体抗原血清学试验检测（可多选）： 未检测、 检测**

|  |  |
| --- | --- |
|  **梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA）** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
|  **酶联免疫吸附试验（ELISA）** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
|  **免疫层析法-快速检测（RT）** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
|  **其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  **阴性、 阳性， 检测时间： 年 月 日** |
| **梅毒螺旋体IgM抗体检测：** |  **未检测 检测阳性 检测阴性** | **检测时间： 年 月 日** |
| **暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：** |  **未检测 检测（检测到梅毒螺旋体： 否 是）** | **检测时间： 年 月 日** |

**（七）儿童梅毒感染状态：** **诊断先天梅毒（继续填写“八、九、十”）、 排除梅毒感染、 继续随访待诊断、 其它** **（八）先天梅毒诊断依据（可多选）（系统中弹出框提示）** **出生时不能诊断先天梅毒的儿童，任何一次随访中非梅毒螺旋体抗原血清学试验滴度上升，且梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性；** **出生时不能诊断先天梅毒的儿童，任何一次随访中非梅毒螺旋体抗原血清学试验由阴转阳，且梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性；** **18月龄前不能诊断先天梅毒的儿童，18月龄后梅毒螺旋体抗原血清学试验仍阳性；**  **皮肤黏膜损害或组织标本暗视野显微镜（或镀银染色）检测到梅毒螺旋体；** **梅毒螺旋体IgM抗体检测阳性。****（九）先天梅毒诊断时间： 年 月 日****（十）诊断为先天梅毒的儿童是否接受治疗： 否 是****（十一）备注（非必填）：**  |
| **报告单位（盖章）： 报告医生：** **联系电话： 填报日期： 年 月 日** |
| **备注** |

四、艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女登记卡（保密）填卡说明

（一）本登记卡中，未标明“非必填”的项目均为必须填写项（跳转项目除外）。

（二）本登记卡中，未标明“多选”的选择题，一律为“单选”。

（三）本登记卡中所有的日期均为公历日期，年份4位、月份2位、日期2位。若月份或日期不足2位时，则月份或日期的第1位填“0”。月份、日期均不详时，填写“07”月“01”日；已知年份、月份，仅日期不详时，填写“15”日。

（四）编 号：

第一部分，6位，行政区划代码，按国家统计局公布标准执行；

 第二部分，3位，医院助产机构编码，由当地卫生局统一编制；

 第三部分，4位，填报年度编码，填写填报所属年份；

 第四部分，3位，个人顺序编码，按每个医疗助产机构填报顺序依次编码。

 每个婚检妇女、每个孕产妇的每一次妊娠须对应一个唯一的编号。

（五）省（区、市）、县、医院（妇幼保健院）：请据实填写，注意与编码第一、二、三部分内容一致。

**表3–Ⅰ 艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡**

一、基本情况

**姓 名：**请填写艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女的姓名，与身份证（或户口本、军官证等有效证件）上的姓名一致。

**身份证号：**必须填写，既可填写18位身份证号码，也可填写15位身份证号码。如果确实无法获得身份证号，则：

前6位填写填报县（市、区）的行政区划代码；

第7-10位填写出生年份；

第11-12位填写出生月份；

第13-14位填写出生日期；

第15-18位填写：自9999开始依次逆序编写，如9999，9998，9997等。

**出生日期：**请填写公历出生的年月日。如确实无法获得，请填写周岁。

**民 族：**请在相应民族前划“√”。如选择其他，请详细说明。

**文化程度：**请在相应文化程度前划“√”。文化程度是指孕产妇/妇女接受国内外教育所取得的最高学历或与现有文化水平相当的学历。文盲/半文盲：指不识字或识字不足1500个，不能阅读通俗书报，不能写便条的人；小学：指接受最高一级教育为小学程度的毕业、肄业生，也包括没有上过小学，但识字超过1500个，能阅读通俗书报，能写便条，达到扫盲标准的人；初中：指接受最高一级教育为初中程度的毕业、肄业及在校生，技工学校，相当于初中的，填写“初中”；高中：指接受最高一级教育为普通高中、职业高中及中专程度的毕业、肄业及在校生，技工学校，相当于高中的，填写“高中”；大专或大学：指接受最高一级教育为大学专科或本科的毕业、肄业及在校生，通过自学经过国家统一举办的自学考试取得大学专科或本科证书的，也填写“大专或大学”；硕士及以上：指接受最高一级教育为硕士研究生及以上的毕业及在校生。

**职 业：**请在相应职业前划“√”。

**婚姻状况：**请填写本次接受预防艾滋病母婴传播服务时的婚姻状况。未婚指从未结过婚。初婚指第一次结婚；再婚指离婚或丧偶后再次结婚。同居指未办理国家法律婚姻登记手续，但同居共同生活。离婚指因各种原因，夫妻双方已解除婚姻关系者并且未再婚。丧偶指配偶去世未再婚。

**孕产情况：**孕次：填写所有的妊娠次数（含本次）；产次，填写既往满28周后妊娠终止的次数，不考虑妊娠终止方式及妊娠结局（不含本次）。

**现 住 址：**请详细填写孕产妇/婚检妇女现居住地址，具体到门牌号。

**户口所在地：**请详细填写孕产妇/婚检妇女的户口所在地址，具体到门牌号。

**工作单位：**请填写孕产妇/婚检妇女的工作单位名称，如果没有工作单位，请填写“无”。

**联系电话：**请填写孕产妇/婚检妇女的联系方式。

**孕产妇/妇女属于：**请在相应的类别前划“√”，用于标识孕产妇/妇女现住地址与医疗助产机构所在辖区的关系。

二、艾滋病病毒感染相关情况

**明确艾滋病病毒感染时期：**经补充试验被确认感染艾滋病病毒的时期。若选择其他，请具体说明。

**明确艾滋病病毒感染具体时间：**尽可能填写孕产妇/妇女经补充试验被确认感染艾滋病病毒的具体时间。月份不详时，填写“07”月。日期不详时，填写“15”日。

**本次妊娠前是否已知HIV感染（仅感染孕产妇填写）：**请在相应选项前划“√”。如在本次妊娠前已知HIV感染者，请计算本次妊娠为诊断HIV感染后的第几次妊娠。

**最可能的艾滋病病毒感染途径：**根据艾滋病病毒感染孕产妇/妇女的高危行为和危险因素判断其可能性最大的感染途径。若选择其他，请具体说明。

**注射毒品：**包括静脉或肌肉等注射毒品，特别是有过共用注射器经历的，不包括单纯口吸、鼻吸等不刺破皮肤、粘膜的吸毒方式。

**性 传 播：**指通过与异性之间的性接触传播。

**采血（浆）：**指献血/血浆等。

**输血/血制品：**指输受过全血/成份血/血浆/血制品等。

**母婴传播：**指艾滋病感染孕产妇通过妊娠、分娩、母乳喂养等过程使其所生儿童被感染。

**职业暴露：**指实验室、医护、预防保健等有关人员，在从事艾滋病防治工作及相关工作的过程中意外被艾滋病毒感染者或艾滋病病人的血液、体液污染了破损的皮肤或非胃肠道粘膜，或被含有艾滋病病毒的血液、体液污染了的针头及其他锐器刺破皮肤传播。

**不 详：**指感染途径无法判断。

**其 他：**上述未列举，但可能造成艾滋病病毒传播的接触史。如在此选项前划“√”，应在后面空白处进行说明。

**相关危险行为：**可多选，请在适合的选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

 **与HIV感染配偶或男友的性生活：**指配偶或固定性伴已被确认为艾滋病病毒抗体阳性。

 **多 性 伴：**指非商业性的有一个或多个非婚异性性伴。

 **商业性行为：**指卖淫或嫖娼性行为。

 **注射吸毒：**同前所述。

 **有偿采供血：**指有偿地献（供）血或血浆。

  **输血或使用血制品：**同前所述。

 **纹身或穿耳等身体刺伤：**指纹身或穿耳等使用锐器刺伤皮肤的行为。

 **意外伤害：**指可能造成感染的意外的伤害。

**职业暴露：**同前所述。

  **医源性感染：**因为就医、就诊（包括手术、口腔、内窥镜等所有侵入性操作和各类手术）而受到感染。

**不 详：**指危险行为无法判断。

**其 他：**上述未列举，但可能造成艾滋病病毒传播的危险行为。如在此选项前划“√”，

应在后面空白处进行说明。

三、丈夫/性伴情况

**姓 名：**丈夫或性伴的姓名。如丈夫及性伴超过1人，可另附该张表格上报。

**出生日期：**请尽可能填写丈夫或性伴的出生日期。如确实无法获得，请填写实足年龄。

**民 族：**请在相应的民族前划“√”。如选择其他，请详细说明。

**文化程度：**请在相应文化程度前划“√”。具体说明同前。

**职 业：**请在相应职业前划“√”。

**HIV检测情况：**请在相应选项前划“√”。选择不详或未检测者跳到“相关危险行为（多选）”处。尽可能填写其明确感染时间，具体说明同前。

**最可能的艾滋病病毒感染途径：**请在相应感染途径前划“√”。具体说明同前。其中，

 **异性传播：**指通过与异性之间的性接触传播。

 **同性传播：**指通过与同性之间的性接触传播。

**相关危险行为：**可多选，请在相应选项前划“√”。具体说明同前。其中，

 **多性伴：**指非商业性的有一个或多个非婚异性/同性性伴。

 **同性性行为：**指与同性之间的性行为。

四、本次接受预防艾滋病母婴传播服务情况

**本次接受预防艾滋病母婴传播服务的时期：**请根据本次接受服务的时期，在相应选项前划“√”。若婚前检查的妇女怀孕，则按孕妇登记，在“孕期”选项前划“√”，按孕妇要求填报相关个案登记卡。

**艾滋病检测前咨询情况：**请在相应选项前划“√”。

**艾滋病检测后咨询情况：**请在相应选项前划“√”。

**报告人及报告单位信息**

**报告单位（盖章）：**请填写报告单位的名称，并盖章。

**报告医生：**请填写报告医生的姓名。

**联系电话：**请填写填报单位联系电话。

**填报日期：**指填写本登记卡的日期。

**备 注：**可填写一些文字信息，以补充登记卡中未尽的事项。

**婚检妇女完成本登记卡即结案。**

**表3–Ⅱ、艾滋病病毒感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡**

**姓 名：**请填写艾滋病病毒感染孕产妇的姓名，与表3–Ⅰ的姓名一致。

**身份证号：**与表3–Ⅰ的身份证号一致。

一、本次妊娠及孕产期保健情况

**本次妊娠末次月经时间：**请填写公历日期。末次月经时间指最后一次月经来潮的第一天。

**预 产 期：**请根据本次妊娠末次月经时间计算并填写预产期。预产期计算公式：末次月经第一天的月份数减3（或月份数≤3时加9），日期数加7即为预产期的日期。应用公历日期计算。

**初检孕周：**请填写孕产妇第一次接受孕产期保健的时间。孕周自本次妊娠末次月经时间开始计算。

**妊娠结局：**请在相应选项前划“√”。分娩指妊娠满28周（196日）及以后，胎儿及其附属物从母体娩出。自然流产指，妊娠不足28周、胎儿体重不足1000克，无人为因素情况下，妊娠终止。人工终止妊娠指，妊娠不足28周、胎儿体重不足1000克，人为干预的妊娠终止。如选择其他，请详细说明。

**是否失访：**请在相应选项前划“√”。失访时期请填写最后一次随访时的孕周或产后周数。

**妊娠结局为“自然流产”、“人工终止妊娠”或“其他”者，不必填写本登记卡的其余部分，填写完“是否失访”后，跳至“报告单位”处，并结案。**

**孕产期异常情况（多选）：**请在相应选项前划“√”，疾病需经过乡级（含）以上医疗卫生机构诊断。若选择其他，请具体说明。

**分娩方式：**请在相应选项前划“√”。自然分娩指胎儿经阴道自然娩出的[分娩](http://www.baidu.com/s?wd=%E5%88%86%E5%A8%A9&hl_tag=textlink&tn=SE_hldp01350_v6v6zkg6)方式；阴道助产指在第二产程宫口开全后，对不能从阴道自然娩出的产妇，运用器械协助产妇将胎儿娩出的分娩方式；择期剖宫产指临产前的剖宫产；急诊剖宫产指临产以后的剖宫产。

**分娩时间：**指胎儿娩出的时间。阴道产填写总产程。孕周以及总产程的计算同前所述。

**分娩地点：**请在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**产科操作：**请在相应选项前划“√”，若选择其他，请详细说明。

**会阴裂伤：**请在相应选项前划“√”。

**分娩胎数：**请在相应选项前划“√”，若选择其他，请详细说明。

**孕产妇结局：**请在相应选项前划“√”。死亡原因请按照“居民死亡医学证明书”要求填写直接致死疾病名称。

**以下涉及多胎围产儿及婴儿的信息，可另附该表上报。**

**围产儿转归：**请在相应选项前划“√”。活产指，妊娠28周后，胎儿脱离母体时，有过四种生命现象（包括呼吸、心跳、随意肌收缩和脐带搏动）之一者；死胎指，妊娠28周后胎儿在子宫内死亡；死产指，胎儿在娩出过程中死亡；新生儿七天内死亡（即早期新生儿死亡）指，活产儿在出生后未满7天死亡。若发生七天内死亡，则无需在“活产”选项前划“√”。

**围产儿异常情况（多选）：**请在相应选项前划“√”。疾病需经过乡级（含）以上医疗卫生机构诊断，包括早产或低出生体重、新生儿肺炎（包括于宫内、分娩过程中感染的吸入性肺炎，以及于出生后7天内感染的新生儿早发型肺炎）、新生儿窒息、出生缺陷。若选择出生缺陷，请填写具体缺陷类型，若选择其他，请详细说明。

**随访情况：**请根据孕期随访次数填写相应的数字。如果没有随访，请填写“00”或“0”。

二、孕产妇抗艾滋病病毒药物应用情况

**请根据孕产妇应用抗艾滋病病毒药物的情况，在相应选项前划“√”。若“未用药”，跳至“三、孕产妇复方新诺明用药情况”处。**

**开始用药时间：**请在相应选项前划“√”。若孕期开始用药，请填写相应的孕周，孕周的计算同前所述。孕期指妊娠至临产前；产时指临产开始至分娩结束（胎儿胎盘娩出），若分娩方式为“择期剖宫产”，则从剖宫产前2小时开始计算；产后指分娩结束以后。

**药物名称：**请填写应用药物的3位缩写名称，注意填写每一个用药时期具体应用药物的名称，而不是填写整个孕期、产时及产后用药方案中的所有药物。常用药物缩写包括：齐多夫定—AZT，奈韦拉平—NVP，拉米夫定—3TC，克力芝— LPV/r，替诺福韦— TDF ，依非韦伦—EFV等。分孕期、产时、产后三个时期填写，各时期说明如前所述。

**漏服情况：**请在相应选项前划“√”。分孕期、产时、产后三个时期（各时期说明同前所述）填写，若有漏服，请填写该时期具体漏服的总次数。

**停止用药情况：**请在相应选项前划“√”。若已停药，请填写具体停药时间，各时期说明及孕周的计算同前所述。

三、孕产妇复方新诺明用药情况

**请根据孕产妇复方新诺明用药情况，在相应选项前划“√”。若“未用药”，跳至“四、孕产妇相关检测情况”处。**

**开始用药时间：**请在相应选项前划“√”。若孕期开始用药，请填写相应的孕周，孕周的计算

同前所述。孕期指妊娠至临产前；产时指临产开始至分娩结束（胎儿胎盘娩出），若分娩方式为“择期剖宫产”，则从剖宫产前2小时开始计算；产后指分娩结束以后。

**停止用药情况：**请在相应选项前划“√”。若已停药，请填写具体停药时间，各时期说明及孕周的计算同前所述。

四、孕产妇相关检测情况

**请根据孕产妇孕产期检测情况，在相应选项前划“√”。**

**检测孕周/时间：**填写相应的数字。孕周的计算同前所述。

**检测结果：**请按照本登记卡要求的检测结果单位填写相应的数值。某项未进行检测的，请以“/”填写。梅毒、乙肝及丙肝的检测情况及检测结果，请在相应选项前划“√”。

五、新生婴儿情况

**如分娩多个新生婴儿，请另附该表分别填报。**

**姓 名：**请填写感染产妇分娩婴儿的姓名，与“出生医学证明”的姓名一致。如果尚未取名，请描述为“感染产妇姓名+之子/女”。

**性 别：**请在相应性别前划“√”。如果两性畸形，选择显性的那个性别。

**出生日期：**请填写婴儿出生的公历日期。

**出生体重：**请填写相应数值，出生体重指婴儿出生1小时内的体重，单位为“克”。

**出生身长：**请填写婴儿出生1小时内的身长厘米数值。

**随访情况：**请在相应选项前划“√”。其中，未随访包括:1、医务人员未主动提供随访服务；2、医务人员主动提供随访服务，但未联系到随访对象。

**存活情况：**请在相应选项前划“√”。若新生婴儿死亡，请按照“居民死亡医学证明书”填写要求填写直接致死疾病名称。

**预防接种情况：**请在相应选项前划“√”。

六、新生婴儿抗艾滋病病毒药物应用情况

**如分娩多个新生婴儿，请另附该表分别填报。**

**请根据新生婴儿应用抗艾滋病病毒药物的情况，在相应选项前划“√”。若“未用药”，跳至“报告单位（盖章）”处。**

**开始/停止用药时间：**请填写相应的公历日期。

**药物名称：**请填写应用药物的3位缩写名称。常用药物缩写如前所述。

**漏服情况：**请在相应选项前划“√”。若有漏服，请填写具体漏服的总次数。

**报告人及报告单位信息**

**报告单位（盖章）：**请填写报告单位的名称，并盖章。

**报告医生：**请填写报告医生的姓名。

**联系电话：**请填写填报单位联系电话。

**填报日期：**指填写本登记卡的日期。

**备 注：**可填写一些文字信息，以补充登记卡中未尽的事项。

**表3–Ⅲ、艾滋病病毒感染产妇及所生儿童随访登记卡**

**要求在儿童满1、3、6、9、12和18个月时为艾滋病病毒感染孕产妇/母亲及所生儿童提供随访服务，每次随访填写一张本卡。**

**孕产妇编号：**请填写艾滋病感染孕产妇/儿童母亲的编号，注意与表3–Ⅰ、表3–Ⅱ艾滋病病毒感染孕产妇的编号一致。

**儿童编号：**前4段编号（即编号的前16位）与艾滋病感染孕产妇/母亲编号一致。最后1位按本次分娩婴儿出生的次序填写：若为单胎，填“1”；若为多胎，则第一胎婴儿填“1”、第二胎婴儿填“2”，以此类推。

**孕产妇姓名：**请填写艾滋病感染孕产妇/儿童母亲的姓名，与表3–Ⅰ、表3–Ⅱ艾滋病病毒感染孕产妇的姓名一致。

**身份证号：**请填写艾滋病感染孕产妇/儿童母亲的身份证号，与表3–Ⅰ、表3–Ⅱ艾滋病病毒感染孕产妇身份证号一致。

**儿童姓名：**请填写儿童的姓名。具体填写方法同前所述。

**性 别：**请在相应选项前划“√”，具体填写方法同前所述。

**出生日期：**请填写婴儿出生的公历日期，与表3–Ⅱ婴儿出生日期一致。

**民 族：**填写方法同前所述。

**现 住 址：**填写方法同前所述。

**联系电话：**填写方法同前所述。

**随访日期：**请填写进行随访的日期。

**儿童月龄：**请填写随访时婴儿的实足月龄。

**随访人姓名：**请填写随访人姓名。

一、感染妇女情况

**随访情况：**请在相应选项前划“√”。如已失访，请填写失访原因。

**存活情况：**请在相应选项前划“√”，具体填写方法同前所述。

**转介服务：**请在相应选项前划“√”。如果提供了转介服务，请具体说明转介原因及转介机构。

**避孕情况：**请在相应选项前划“√”。若选择其他避孕方法，请具体说明。

二、儿童情况

**随访情况：**填写方法同前所述。如在儿童满18月龄后的3个月内连续随访3次均未随访到

任何信息，则报告已失访，并填写失访原因。

**存活情况：**填写方法同前所述。

**转介服务：**填写方法同前所述。

**生长发育：**请按登记卡单位填写相应的数值。年龄别体重、年龄别身长及身长别体重的评价按照世界卫生组织儿童生长发育标准进行。年龄别体重、年龄别身长及身长别体重若低于2个标准差（<–2s），评价为下；在上、下2个标准差之间，（≥ –2s ~ < 2s），评价为中；等于或高于2个标准差（≥ 2s），评价为上。

**喂养方式：**请在相应选项前划“√”。纯母乳喂养指，只用母乳喂养婴儿，除维生素、微量元素制剂或药物外，不给婴儿任何其他液体或固体状食物（包括水）；人工喂养指，完全采用配方奶、兽乳或其他母乳替代品喂哺婴儿；混合喂养指，以母乳喂哺婴儿，但同时还以其他液体或固体状食物（包括水、配方奶、其他兽乳或母乳替代品等）喂哺婴儿；其他指随访期间婴儿的喂养方式发生改变，请具体说明由何种喂养方式转变成何种喂养方式以及每种喂养方式持续的时间。

**辅食添加：**请在相应选项前划“√”。若已添加，请填写开始添加的实足月龄，填报一次即可。

**疾病情况（多选）：**请在相应选项前划“√”，疾病需经过乡级（含）以上医疗卫生机构诊断。若选择其他，请具体填写疾病的名称。

**相关症状（多选）：**请根据儿童家属主诉及查体所见，在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**预防接种情况：**请根据儿童预防接种史的情况，在相应选项前划“√”。如接种了其他疫苗，请详细描述。如果婴儿预防接种疫苗的种类不同于国家免疫规划中疫苗的种类，请详细说明。例如，如果婴儿接种了灭活的脊髓灰质炎疫苗，需要详细说明。

**HIV检测：**请在相应选项前划“√”。若在本随访阶段中多次检测，请填写这个时期第一个检测方法的具体日期。若未检测，跳至“（十三）预防应用复方新诺明。

**HIV检测结果：**请将本随访阶段中更高级别检测的结果在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**HIV检测方法（可多选）：**请在相应选项前划“√”。12月龄前婴儿HIV感染早期诊断检测及12~18月龄间进行的核酸检测归为“早期核酸检测”；18月龄及以上的核酸检测归为“补充试验”。若选择其他，请具体说明。

**预防应用复方新诺明：**请在相应选项前划“√”。如已停药，请填写停药时间和停药原因。

**备 注：**可填写一些文字信息，以补充登记卡中未尽的事项。如果婴儿为母乳喂养，且持续应用抗病毒药物，请在此处填写是否仍在用药、药物漏服情况及停药时间。

**报告人及报告单位信息**

**报告单位（盖章）：**请填写报告单位的名称，并盖章。

**报告医生：**请填写报告医生的姓名。

**联系电话：**请填写填报单位联系电话。

**填报日期：**指填写本登记卡的日期。

五、梅毒感染孕产妇登记卡填卡说明

（一）本登记卡中，未标明“非必填”的项目均为必须填写项（跳转项目除外）。

（二）本登记卡中，未标明“多选”的选择题，一律为“单选”。

（三）本登记卡中所有的日期均为公历日期，年份4位、月份2位、日期2位。若月份或日期不足2位时，则月份或日期的第1位填“0”。月份、日期均不详时，填写“07”月“01”日；已知年份、月份，仅日期不详时，填写“15”日。

（四）编 号：

第一部分，6位，行政区划代码，按国家统计局公布标准执行；

 第二部分，3位，医院助产机构编码，由当地卫生局统一编制；

 第三部分，4位，填报年度编码，填写填报所属年份；

 第四部分，3位，个人顺序编码，按每个医疗助产机构填报顺序依次编码。

 每个孕产妇的每一次妊娠须对应一个唯一的编号。

（五）省（自治区、市）、县、医院（妇幼保健院）：请据实填写，注意与编码第一、二、三部分内容一致。

**表4–Ⅰ 梅毒感染孕产妇登记卡**

一、基本情况

**姓 名：**请填写梅毒感染孕产妇的姓名，与身份证（或户口本、军官证等有效证件）上的姓名一致。

**身份证号：**必须填写，既可填写18位身份证号码，也可填写15位身份证号码。如果确实无法获得身份证号，则：

前6位填写填报县（市、区）的行政区划代码；

第7-10位填写出生年份；

第11-12位填写出生月份；

第13-14位填写出生日期；

第15-18位填写：自9999开始依次逆序编写，如9999，9998，9997等。

**出生日期：**请填写公历出生的年月日。如确实无法获得，请填写周岁。

**民 族：**请在相应民族前划“√”。如选择其他，请详细说明。

**文化程度：**请在相应文化程度前划“√”。文化程度是指孕产妇/妇女接受国内外教育所取得的最高学历或与现有文化水平相当的学历。文盲/半文盲：指不识字或识字不足1500个，不能阅读通俗书报，不能写便条的人；小学：指接受最高一级教育为小学程度的毕业、肄业生，也包括没有上过小学，但识字超过1500个，能阅读通俗书报，能写便条，达到扫盲标准的人；初中：指接受最高一级教育为初中程度的毕业、肄业及在校生，技工学校，相当于初中的，填写“初中”；高中：指接受最高一级教育为普通高中、职业高中及中专程度的毕业、肄业及在校生，技工学校，相当于高中的，填写“高中”；大专或大学：指接受最高一级教育为大学专科或本科的毕业、肄业及在校生，通过自学经过国家统一举办的自学考试取得大学专科或本科证书的，也填写“大专或大学”；硕士及以上：指接受最高一级教育为硕士研究生及以上的毕业及在校生。

**职 业：**请在相应职业前划“√”。

**婚姻状况：**请填写本次接受预防梅毒母婴传播服务时的婚姻状况。未婚指从未结过婚。初婚指第一次结婚；再婚指离婚或丧偶后再次结婚。同居指未办理国家法律婚姻登记手续，但同居共同生活。离婚指因各种原因，夫妻双方已解除婚姻关系者并且未再婚。丧偶指配偶去世未再婚。

**孕产情况：**孕次：填写所有的妊娠次数（含本次）；产次，填写既往满28周后妊娠终止的次数，不考虑妊娠终止方式及妊娠结局（不含本次）。

**既往不良妊娠结局：**填写孕产妇既往经历的不良妊娠结局次（胎）数，包括自然流产、死胎、死产、早产和出生缺陷等，如有其他情况，请注明。

**本次妊娠末次月经时间：**请填写公历日期。末次月经时间指最后一次月经来潮的第一天。

**预 产 期：**请根据本次妊娠末次月经时间计算并填写预产期。预产期计算公式：末次月经第一天的月份数减3（或月份数≤3时加9），日期数加7即为预产期的日期。应用公历日期计算。

**初检孕周：**请填写孕产妇第一次接受孕产期保健的时间。孕周自本次妊娠末次月经时间开始计算。

**现 住 址：**请详细填写孕产妇现居住地址，具体到门牌号，城镇地址的“小区”等同于“村”。

**户口所在地：**请详细填写孕产妇的户口所在地址，具体到门牌号，城镇地址的“小区”等同于“村”。

**工作单位：**请填写孕产妇的工作单位名称，如果没有工作单位，请填写“无”。

**联系电话：**请填写孕产妇的联系方式。

二、梅毒感染相关情况

**既往是否诊断为梅毒感染：**“既往”是指孕产妇在本次妊娠的末次月经前确认感染，如诊断为梅毒感染，则填写具体的诊断时间，若得不到诊断时间，请选择“不详”。

**本次诊断梅毒感染时期：**分为孕期、产时、产后或其他，如在孕期诊断感染，请填写具体孕周。

**本次诊断梅毒感染时间：**尽可能填写孕产妇被确诊感染梅毒的具体时间。月份不详时，填写“07”月。日期不详时，填写“15”日。

**本次梅毒诊断分期：**分为隐性梅毒、一期梅毒、二期梅毒、三期梅毒或不详。

**最可能的梅毒感染途径：**根据梅毒感染孕产妇的高危行为和危险因素判断其可能性最大的感染途径。若选择其他，请具体说明。

**性 传 播：**指通过与异性之间的性接触传播。

**血液传播：**指输受过全血/成份血/血浆/血制品等。

**母婴传播：**指梅毒感染孕产妇通过妊娠、分娩等过程使其所生儿童被感染。

**不 详：**指感染途径无法判断。

**其 他：**上述未列举，但可能造成梅毒传播的接触史。如在此选项前划“√”，应在后面空白处进行说明。

**丈夫/性伴目前的梅毒感染状态：**请在相应选项前划“√”。选择未检测、未感染、检测结果不详，或是否检测不详者跳到“三、孕产妇本次妊娠梅毒实验室诊断依据”处。

**丈夫/性伴的梅毒诊断时间：**尽可能填写其确诊感染时间，具体说明同前。

三、孕产妇本次妊娠梅毒诊断检测情况

**非梅毒螺旋体抗原血清学试验方法及时间：**请根据本次接受非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测的结果报告单，在相应选项前划“√”。试验方法包括：快速血浆反应素环状卡片试验（简称RPR）、甲苯胺红不加热血清试验（简称TRUST）、或其他检测方法。同时填写所选检测方法的滴度结果和相应的检测时间。

**梅毒螺旋体抗原血清学试验实验方法及时间：**请根据本次接受梅毒螺旋体抗原血清学试验的检测情况，在相应选项前划“√”。检测方法包括：梅毒螺旋体颗粒凝集试验（简称TPPA）、酶联免疫吸附试验（简称ELISA）、免疫层析法-快速检测（RT）或其他检测方法，同时填写所选检测方法的检测时间。

**梅毒螺旋体IgM抗体检测：**请在相应的选项前划“√”，并填写检测时间。

**暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：**请在相应的选项前划“√”，并填写检测时间。

**报告人及报告单位信息**

**报告单位（盖章）：**请填写报告单位的名称，并盖章。

**报告医生：**请填写报告医生的姓名。

**联系电话：**请填写填报单位联系电话。

**填报日期：**指填写本登记卡的日期。

**备 注：**可填写一些文字信息，以补充登记卡中未尽的事项。

**表4–Ⅱ、梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡**

**孕产妇编号：**请填写梅毒感染孕产妇/儿童母亲的编号，注意与表4–Ⅰ梅毒感染孕产妇登记卡的编号一致。

**儿童编号：**前4段编号（即编号的前16位）与梅毒感染孕产妇/母亲编号一致。最后1位按本次分娩婴儿出生的次序填写：若为单胎，填“1”；若为多胎，则第一胎婴儿填“1”、第二胎婴儿填“2”，以此类推。**梅毒感染孕产妇所生儿童，每个儿童分别填报一张本登记卡。**

**孕产妇姓名：**请填写梅毒感染孕产妇/母亲的姓名，与表4–Ⅰ梅毒感染孕产妇登记卡的姓名一致。

**身份证号：**请填写梅毒感染孕产妇/母亲的身份证号，与表4–Ⅰ梅毒感染孕产妇身份证号一致。

**联系电话：**请填写能联系到梅毒感染孕产妇的电话。

**现 住 址：**填写方法同前所述。

一、孕产妇本次妊娠及分娩情况

**妊娠结局：**请在相应选项前划“√”。分娩指妊娠满28周（196日）及以后，胎儿及其附属物从母体娩出。自然流产指，妊娠不足28周、胎儿体重不足1000克，无人为因素情况下，妊娠终止。人工终止妊娠指，妊娠不足28周、胎儿体重不足1000克，人为干预的妊娠终止。如选择自然流产或人工终止妊娠，请填写相应的孕周，如选择其他妊娠结局，请详细说明。

**是否失访：**请在相应选项前划“√”。失访时期请填写最后一次随访时的孕周或产后周数。

**妊娠结局为“自然流产”、“人工终止妊娠”或“其他”者，不必填写本登记卡的其余部分，填写完“是否失访”后，跳至“报告单位”处，并结案。**

**孕产期异常情况：**包括胎膜早破、产后出血、合并乙肝感染、合并HIV感染或其他情况。

**本次妊娠末次月经时间：**请填写公历日期。末次月经时间指最后一次月经来潮的第一天。

**分娩日期：**指胎儿娩出的日期。

**分娩孕周：**指胎儿娩出时孕产妇所处的孕周。

**分娩方式：**请在相应选项前划“√”。自然分娩指胎儿经阴道自然娩出的[分娩](http://www.baidu.com/s?wd=%E5%88%86%E5%A8%A9&hl_tag=textlink&tn=SE_hldp01350_v6v6zkg6)方式；阴道助产指在第二产程宫口开全后，对不能从阴道自然娩出的产妇，运用器械协助产妇将胎儿娩出的分娩方式；择期剖宫产指临产前的剖宫产；急诊剖宫产指临产以后的剖宫产。

**分娩胎数：**请在相应选项前划“√”，若选择其他，请详细说明。

**孕产妇结局：**请在相应选项前划“√”。死亡原因请按照“居民死亡医学证明书”要求填写直接致死疾病名称。

**围产儿转归：**请在相应选项前划“√”。活产指，妊娠28周后，胎儿脱离母体时，有过四种生命现象（包括呼吸、心跳、随意肌收缩和脐带搏动）之一者；死胎指，妊娠28周后胎儿在子宫内死亡；死产指，胎儿在娩出过程中死亡；新生儿七天内死亡（即早期新生儿死亡）指，活产儿在出生后未满7天死亡。若发生七天内死亡，则无需在“活产”选项前划“√”。

**围产儿异常情况（多选）：**请在相应选项前划“√”。疾病需经过乡级（含）以上医疗卫生机构诊断，包括早产或低出生体重、新生儿肺炎（包括于宫内、分娩过程中感染的吸入性肺炎，以及于出生后7天内感染的新生儿早发型肺炎）、新生儿窒息、出生缺陷。若选择出生缺陷，请填写具体缺陷类型，若选择其他，请详细说明。

二、孕产妇梅毒药物应用情况

**请根据孕产妇应用治疗梅毒药物的情况，在相应选项前划“√”。若“未用药”，跳至“三、孕产妇分娩前或孕晚期非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测”处。**

**用药详细信息：**

**第一个疗程：**填写第一个疗程开始用药的时间（具体的年月日），在相应的药物名称前划“√”，填写每日用量、以及本疗程结束时间（具体的年月日）。

**第二个疗程：**填写方法同第一个疗程的填写方法。

**第三个疗程：**填写方法同前所述。

**通过上述用药详细信息的登记，可计算首个疗程与最后一个疗程的间隔、治疗药物种类和用药时期分布等指标，从而进一步判断孕产妇是否接受了规范治疗。**

三、孕产妇分娩前或孕晚期非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测

**孕产妇分娩前或孕晚期非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测：**填写梅毒感染孕产妇在分娩前或孕晚期接受非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测的情况，请在相应的检测方法前划“√”。同时填写所选检测方法的定性结果、滴度结果及检测时间，具体说明同前。

四、梅毒感染孕产妇所生新生儿情况

**姓 名：**请填写儿童的姓名，应与“出生医学证明”的姓名一致。如果尚未取名，请描述为“感染孕产妇姓名+之子/女”。

**性 别：**请在相应性别前划“√”。如果两性畸形，选择显性的那个性别。

**出生体重：**请填写相应数值，出生体重指婴儿出生1小时内的体重，单位为“克”。

**出生身长：**请填写婴儿出生1小时内的身长厘米数值。

**存活情况：**请在相应选项前划“√”。如梅毒感染产妇所生儿童已死亡，请填写死亡原因及死亡时间，要求填写具体的年、月、日。

**所生婴儿出生后的梅毒检测方法：**包括非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测、梅毒螺旋体抗原血清学试验检测、梅毒螺旋体IgM抗体检测和暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：

**非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测：**填写梅毒感染产妇所生婴儿出生后接受非梅毒螺旋体抗原血清学试验的情况，请在相应的检测方法前划“√”。同时填写所选检测方法的滴度结果及检测时间，具体说明同前。

**梅毒螺旋体抗原血清学试验检测：**填写梅毒感染产妇所生婴儿出生后接受梅毒螺旋体抗原血清学试验的情况，请在相应的检测方法前划“√”。同时填写所选检测方法的滴度结果及检测时间，具体说明同前。

**梅毒螺旋体IgM抗体检测：**请在相应的选项前划“√”，并填写检测时间。

**暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：**请在相应的选项前划“√”，并填写检测时间。

**相关症状（多选）：**请根据儿童家属主诉及查体所见，在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**是否接受进行预防性治疗：**请在相应选项前划“√”。儿童预防性治疗指征：孕期未接受规范性治疗，包括孕期未接受全程、足量的青霉素治疗，或接受非青霉素方案治疗，或在分娩前1个月内才进行抗梅毒治疗的孕产妇所生儿童；孕期接受过规范性治疗，出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性、滴度不高于母亲分娩前滴度的4倍的儿童。若未接受预防性治疗，则跳至“五、儿童梅毒感染诊断情况”。若接受了预防性治疗，则填写详细的预防性治疗药物名称、用药剂量、预防性治疗开始时间、以及距离分娩的时间等，**如距离分娩时间的天数为个位数，则在天数前面的第一个空格内填写“0”，例如“07天”，若距分娩时间的具体“分”不详，则填写“00”。**

**新生儿梅毒感染情况:** 请在相应选项前划“√”。如“诊断先天梅毒”，则继续回答“六、新生儿诊断为先天梅毒的依据”和“七、诊断为先天梅毒的儿童是否接受治疗”，若选择“继续随访待诊断”则跳至“八、备注”处，根据情况补充说明相关信息，并填写“报告人及报告单位信息”后完成表4-II。

**新生儿诊断为先天梅毒的依据（可多选）：**请在相应选项前划“√”。

**诊断为先天梅毒的新生儿是否接受治疗：**请在相应选项前划“√”。

**备 注：**可填写一些文字信息，以补充登记卡中未尽的事项。

**报告人及报告单位信息**

**报告单位（盖章）：**请填写报告单位的名称，并盖章。

**报告医生：**请填写报告医生的姓名。

**联系电话：**请填写填报单位联系电话。

**填报日期：**指填写本结案登记卡的日期。

**表4–III、梅毒感染产妇所生儿童随访登记卡**

**要求在儿童满3、6、9、12、15和18个月时为梅毒感染产妇所生儿童提供随访服务，每次随访填写一张本卡，若儿童在某次随访过程中被诊断为先天梅毒感染或已明确排除感染，则填报完成同期对应的随访登记卡后结案。**

**孕产妇编号：**请填写梅毒感染孕产妇的编号，注意与表4–Ⅰ、II梅毒感染孕产妇登记卡的编号一致。

**儿童编号：**前4段编号（即编号的前16位）与梅毒感染孕产妇编号一致。最后1位按本次分娩婴儿出生的次序填写：若为单胎，填“1”；若为多胎，则第一胎婴儿填“1”、第二胎婴儿填“2”，以此类推。梅毒感染孕产妇所生儿童，每个儿童分别填报一张本登记卡。注意与表4–Ⅱ保持一致。

**孕产妇姓名：**请填写梅毒感染孕产妇的姓名，与表4–Ⅰ、II梅毒感染孕产妇登记卡的姓名一致。

**身份证号：**请填写梅毒感染孕产妇的身份证号，与表4–Ⅰ、II梅毒感染孕产妇身份证号一致。

**现 住 址：**填写方法同前所述。

**儿童姓名、性别与出生日期：**与表4–Ⅱ保持一致

**联系电话：**请填写能够联系到梅毒感染孕产妇及所生儿童的电话号码

**儿童月龄：**请填写随访时婴儿的实足月龄。

**随访日期：**请填写进行随访的日期。

**随访人姓名：**请填写随访人姓名。

**随访情况：**填写方法同前所述。如已失访，请填写失访原因（儿童在满21月龄前不能报告失访）。

**存活情况：**填写方法同前所述。

**生长发育：**请按登记卡单位填写相应的数值。年龄别体重、年龄别身长及身长别体重的评价按照世界卫生组织儿童生长发育标准进行。年龄别体重、年龄别身长及身长别体重若低于2个标准差（<–2s），评价为下；在上、下2个标准差之间，（≥ –2s ~ < 2s），评价为中；等于或高于2个标准差（≥ 2s），评价为上。

**喂养方式：**请在相应选项前划“√”。母乳喂养指，只用母乳喂养婴儿，除维生素、微量元素制剂或药物外，不给婴儿任何其他液体或固体状食物（包括水）；人工喂养指，完全采用配方奶、兽乳或其他母乳替代品喂哺婴儿；混合喂养指，以母乳喂哺婴儿，但同时还以其他液体或固体状食物（包括水、配方奶、其他兽乳或母乳替代品等）喂哺婴儿；其他指随访期间婴儿的喂养方式发生改变。

**相关症状或疾病（可多选）：**请根据儿童家属主诉及查体所见，在相应选项前划“√”。疾病需经过乡级（含）以上医疗卫生机构诊断。若选择其他，请具体说明。

**梅毒检测方法：**包括非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测、梅毒螺旋体抗原血清学试验检测、梅毒螺旋体IgM抗体检测和暗视野显微镜梅毒螺旋体检测。

**非梅毒螺旋体抗原血清学试验检测：**填写梅毒感染产妇所生儿童本次随访时接受非梅毒螺旋体抗原血清学试验的情况，请在相应的检测方法前划“√”。同时填写所选检测方法的滴度结果及检测时间，具体说明同前。

**梅毒螺旋体抗原血清学试验检测：**填写梅毒感染产妇所生儿童本次随访时接受梅毒螺旋体抗原血清学试验的情况，请在相应的检测方法前划“√”。同时填写所选检测方法的滴度结果及检测时间，具体说明同前。

**梅毒螺旋体IgM抗体检测：**请在相应的选项前划“√”，并填写检测时间。

**暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：**请在相应的选项前划“√”，并填写检测时间。

**儿童梅毒感染状态：**请在相应选项前划“√”。如“诊断先天梅毒”，则继续回答“八、九、十”，若“排除梅毒感染”则跳至“十一、备注”处，根据情况补充说明相关信息，并填写“报告人及报告单位信息”后结案。若选择“继续随访待诊断” 则跳至“十一、备注”处，根据情况补充说明相关信息，并填写“报告人及报告单位信息”后完成本阶段随访卡的填写，在3个月后继续开展随访工作并报告相关信息。

**先天梅毒诊断依据（可多选）：请详细阅读各个选项，**根据实际诊断依据进行选择，请在相应的选项前划“√”。

**先天梅毒诊断时间：**指明确诊断为先天梅毒时的具体的时间。

**诊断为先天梅毒的儿童是否接受治疗：**请在相应的选项前划“√”

**备 注：**可填写一些文字信息，以补充随访卡中未尽的事项。

**报告人及报告单位信息**

**报告单位（盖章）：**请填写报告单位的名称，并盖章。

**报告医生：**请填写报告医生的姓名。

**联系电话：**请填写填报单位联系电话。

**填报日期：**指填写本随访卡的日期。

|  |
| --- |
| 抄送：中国疾病预防控制中心。 |
| 国家卫生计生委办公厅 2015年4月21日印发 |

校对：刘 颖