ด 1.1

# แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคลหญิงที่มาฝากครรภ์

โรงพยาบาล .....

จังหวัด.....ระหว่างวันที่.....ถึง.....

สถานที่เฝ้าระวัง ☐ คลินิกฝากครรภ์ รพท./รพศ. ☐ รพ.แม่และเด็ก ☐ รพ.ชุมชน ☐ ศูนย์สาธารณสุข

| ลำดับที่ | รหัสของหญิงตั้งครรภ์[1] | รหัสBED (กรอกหลังได้รับผลการตรวจ) | อายุ (ปี) | สัญชาติ | | ลำดับครรภ์รวมแท้ง | มีอาการเข้าได้กับโรคเอดส์[2] | | ประวัติทานยา ARV | ผลตรวจ HIV | ผลตรวจซิฟิลิส | การส่งตรวจการติดเชื้อรายใหม่[3] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ไทย | อื่น ๆ | | มี | ไม่มี | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีทั้งสิ้น.....ราย ให้ผลบวก.....ราย

ผู้รวบรวมข้อมูล.....