

传染病报告卡艾滋病性病附卡

注意保密

卡片编号: _____

患者姓名: _____ (患儿家长姓名: _____)		民族: _____ 族	
婚姻状况: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚有配偶 <input type="checkbox"/> 离异或丧偶 <input type="checkbox"/> 不详			
文化程度: <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中或中专 <input type="checkbox"/> 大专及以上			
户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 乡(镇、街道) _____ 村 _____ (门牌号)			
疾病名称:			
<input type="checkbox"/> 艾滋病病毒感染		<input type="checkbox"/> 艾滋病	
梅毒 (<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期 <input type="checkbox"/> 胎传 <input type="checkbox"/> 隐性)		<input type="checkbox"/> 淋病	
生殖道沙眼衣原体感染 (<input type="checkbox"/> 确诊病例 <input type="checkbox"/> 无症状感染)		<input type="checkbox"/> 尖锐湿疣 <input type="checkbox"/> 生殖器疱疹	
接触史: (可多选)			
<input type="checkbox"/> 注射毒品史 (在您记忆中有 _____ 人与您共用过注射器?)			
<input type="checkbox"/> 非婚异性性接触史 (在您记忆中有 _____ 人与您有过非婚性行为?)			
<input type="checkbox"/> 配偶/固定性伴阳性			
<input type="checkbox"/> 男男性行为史 (在您记忆中有 _____ 人与您有过同性性行为?)			
<input type="checkbox"/> 献血 (浆) 史		<input type="checkbox"/> 输血/血制品史	<input type="checkbox"/> 母亲阳性
<input type="checkbox"/> 手术史		<input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明)	<input type="checkbox"/> 不详
职业暴露史 <input type="checkbox"/>			
性病史: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 不详			
最可能的感染途径 (单选):			
<input type="checkbox"/> 注射毒品		<input type="checkbox"/> 异性传播	<input type="checkbox"/> 同性传播
<input type="checkbox"/> 采血 (浆)		<input type="checkbox"/> 输血/血制品	<input type="checkbox"/> 母婴传播
<input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明)		<input type="checkbox"/> 不详	<input type="checkbox"/> 性接触 + 注射毒品
<input type="checkbox"/> 职业暴露			
检测样本来源 (单选):			
<input type="checkbox"/> 术前检测		<input type="checkbox"/> 受血 (制品) 前检测	<input type="checkbox"/> 性病门诊
<input type="checkbox"/> 其他就诊者检测			
<input type="checkbox"/> 婚前检查 (含涉外婚姻)		<input type="checkbox"/> 孕产期检查	<input type="checkbox"/> 检测咨询
<input type="checkbox"/> 阳性者配偶或性伴检测			
<input type="checkbox"/> 女性阳性者子女检测		<input type="checkbox"/> 职业暴露检测	<input type="checkbox"/> 娱乐场所人员体检
<input type="checkbox"/> 有偿供血 (浆) 人员检测			
<input type="checkbox"/> 无偿献血人员检测		<input type="checkbox"/> 出入境人员体检	<input type="checkbox"/> 新兵体检
<input type="checkbox"/> 强制/劳教戒毒人员检测			
<input type="checkbox"/> 看守所/劳教收教人员检测		<input type="checkbox"/> 其他羁押人员体检	<input type="checkbox"/> 专题调查
<input type="checkbox"/> 其他 _____ (请注明)			
实验室检测结论: <input type="checkbox"/> 确认检测阳性 <input type="checkbox"/> 替代策略检测阳性			
确认 (替代策略) 检测阳性日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
确认 (替代策略) 检测单位: _____			
艾滋病确诊日期*: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
报告单位: _____		联系电话: _____	
报告医生: _____		填卡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
备注:			

* 只有确诊为艾滋病病人时填写此项。