**预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播**

**工作实施方案****（2015年版）**

为进一步规范预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作，全面落实预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播综合干预措施，实现最大限度地减少因母婴传播造成的儿童感染，根据《中国妇女发展纲要（2011-2020）》、《中国儿童发展纲要（2011-2020）》、《中国遏制与防治艾滋病行动计划》、《中国预防与控制梅毒规划（2010 - 2020年）》、《全国乙型病毒性肝炎防治规划》，在对2011年《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作实施方案》总结基础上，更新制定本实施方案。

一、工作目标

（一）总目标。为孕产妇及所生儿童提供预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播综合干预服务，最大程度地减少疾病的母婴传播，降低艾滋病、梅毒和乙肝对妇女儿童的影响，进一步改善妇女儿童生活质量及健康水平。

（二）具体目标。至2020年底，实现以下目标：

1. 孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测率达95％以上，孕期检测率达90%以上，提高孕早期检测比例。

2. 艾滋病感染孕产妇抗艾滋病毒用药率达90％以上，所生婴儿抗艾滋病毒用药率达90％以上。

3. 梅毒感染孕产妇梅毒治疗率达90％以上，所生儿童预防性治疗率达90％以上。

4.乙肝感染孕产妇所生新生儿乙肝免疫球蛋白注射率达95％以上。

5. 艾滋病母婴传播率下降至5％以下。

6. 先天梅毒报告发病率下降至15/10万活产以下。

二、工作内容

结合孕产期保健与儿童保健服务，为所有孕产妇及所生儿童提供全面、整合的预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播服务，整合服务流程见附件1。主要工作内容如下：

（一）健康教育及健康促进。各级卫生计生部门应当与各相关部门密切合作，发挥部门优势，开展形式多样的健康教育活动和知识宣传。各级医疗卫生机构应当结合婚前保健、孕前保健、孕产期保健、青少年保健、性病防治、社区卫生服务等常规医疗保健服务开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的大众健康教育和咨询指导，提高育龄妇女及其家庭，特别是孕产妇对预防母婴传播的认知，促进健康行为。

（二）孕产妇检测与咨询服务。各级医疗卫生机构应当根据相关检测技术规范，为所有孕产妇（包括流动人口）主动提供艾滋病、梅毒和乙肝检测与咨询，尽早明确其感染状况。在孕早期或初次产前检查时，告知预防母婴传播及相关检测的信息，提供适宜、规范的检测，依据检测结果提供检测后咨询。对临产时才寻求助产服务的孕产妇，也要及时进行检测与咨询。孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点见附件2。

（三）感染孕产妇及所生儿童的保健服务。各级医疗卫生机构应当对感染孕产妇实行首诊负责，将其纳入高危管理，遵循保密原则，提供高质量的保健服务。除常规孕产期保健外，还要提供安全性行为指导、感染症状和体征监测、营养支持、心理支持、性伴告知与检测等服务。

给予感染孕产妇安全助产服务，提倡自然分娩，不应将感染作为剖宫产指征。实施普遍性防护措施，减少分娩过程中疾病的传播。帮助产妇及其家人制订适宜的生育计划，落实避孕措施、促进安全套使用，减少非意愿妊娠和疾病传播。

为感染孕产妇所生儿童提供常规保健与随访服务，强化生长发育监测、喂养指导、疾病综合管理、感染症状和体征监测等服务。

（四）预防母婴传播干预服务。

1.预防艾滋病母婴传播干预服务。一旦发现艾滋病感染孕产妇，无论其CD4+ T淋巴细胞计数水平和病毒载量情况，应当及时为其提供免费抗病毒治疗，不具备抗病毒治疗能力的各级医疗卫生机构都应当为其提供转介服务，并做好转介过程的信息交流。在用药前和用药过程中，特别在用药初期以及孕晚期，要进行CD4+T淋巴细胞计数、病毒载量和其他相关检测，以评估感染状况及监测用药。在用药前和用药期间要持续给予用药依从性的咨询指导。

儿童出生后，及时提供免费抗病毒用药；给予科学的婴儿喂养指导，提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养；进行感染状况监测，提供艾滋病感染早期诊断检测和抗体检测服务；必要时进行转介。

预防艾滋病母婴传播干预服务技术要点见附件3。

2. 预防梅毒母婴传播干预服务。各级医疗卫生机构应当对孕早期发现的梅毒感染孕产妇（包括既往感染者）在孕早期及孕晚期进行规范的青霉素治疗；对孕中、晚期以及临产发现的梅毒感染孕产妇，也要及时给予治疗。在治疗过程中要定期进行随访和疗效评价，对复发或再感染者应追加治疗。

所生儿童出生时即进行梅毒感染相关检测（如非梅毒螺旋体抗原血清学定量检测等），及时发现先天梅毒患儿。根据需要，为所生儿童实施预防性青霉素治疗。对出生时明确诊断的先天梅毒儿童及时给予规范治疗，并上报先天梅毒感染信息；对出生时不能明确诊断先天梅毒的儿童，应定期检测和随访，以及时诊断或排除先天梅毒；对随访过程中诊断的先天梅毒儿童及时给予规范治疗并上报先天梅毒感染信息。在没有条件或无法进行先天梅毒诊断、治疗的情况下应及时进行转诊。

预防梅毒母婴传播干预服务技术要点见附件4。

3. 预防乙肝母婴传播干预服务。各级医疗卫生机构应当为乙肝感染孕产妇提供必要的实验室检测和辅助检查，密切监测肝脏功能情况，给予专科指导。必要时给予转介服务。

对乙肝感染孕产妇所生儿童，按要求及时注射乙肝免疫球蛋白，按照国家免疫程序接种乙肝疫苗。

预防乙肝母婴传播服务技术要点见附件5。

（五）感染孕产妇及所生儿童综合关怀与支持。医疗卫生机构、社区及其他相关组织应当根据自身服务的特点和能力，通过多种形式或渠道，为艾滋病、梅毒和乙肝感染孕产妇、儿童及其家庭，提供预防母婴传播的相关咨询指导、心理支持、综合关怀及转介等医疗保健综合服务。

三、保障措施

（一）服务能力建设。各级卫生计生行政部门应当加强妇幼保健三级网络建设，通过建立激励机制，稳定基层队伍。健全转诊机制，为感染孕产妇及所生儿童提供规范的诊疗服务。建立长效培训机制，有计划地开展国家、省、地市、县、乡村的逐级培训，使所有承担预防母婴传播服务的相关人员，都能定期得到相关的专业技能培训和复训。加强实验室建设，配备必要的检测设备和合格的检验人员，完善实验室相关检测服务制度及流程,严格实验室室内和室间质量控制，保障工作顺畅运转。加强产科建设，确保在医疗操作中遵循普遍性防护原则，执行有关消毒制度，最大限度地避免医源性感染及医护人员的职业暴露。

（二）信息管理。各级卫生计生行政部门要建立健全预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播管理信息系统，建立本地区相关信息互通共享与信息安全机制。各级医疗卫生机构应当指定专人负责信息管理工作，要在婚前保健、孕产期保健、产时保健、儿童保健等相关登记中记录有关信息。定期收集、整理、填报预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表及系列个案登记卡，及时进行数据信息的网络报告。同时，按照《中华人民共和国传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范》等相关要求进行艾滋病、梅毒和乙肝疫情报告。各级卫生计生行政部门及妇幼保健机构，应当按照要求进行相关数据信息的审核、管理、质量控制及分析利用，确保数据信息上报的及时性、完整性和准确性。预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表、上报流程及要求见附件6。

（三）监督指导与评估。建立健全各级预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的监督指导与评估体系。国家卫生计生委妇幼司负责制订国家级监督指导与评估方案，组织专家进行监督指导和评估。各级卫生计生行政部门应当制定本地区监督指导与评估方案，定期组织开展自查和监督指导，并向上级卫生计生行政部门提交督导评估报告和工作报告，不断提高辖区内预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作质量。

（四）资金和物资管理。各级卫生计生行政部门应当加强预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关物资和资金的管理。按照《中华人民共和国政府采购法》等有关规定对试剂、药品、设备等相关物资及时进行招标采购，严格管理，追踪物资使用效果，杜绝浪费。结合本地实际情况，整合资源，合理统筹安排各级财政经费，提高经费使用效率。要按照专项资金管理办法，加强资金管理，实行专款专用，保障资金用于检测筛查、综合干预、追踪随访、信息管理、能力建设等预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关工作。

四、职责分工

（一）卫生计生行政部门。国家卫生计生委妇幼司牵头负责全国预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的组织协调与管理；医政医管局负责协调艾滋病、梅毒和乙肝感染孕产妇及所生儿童的相关诊疗工作；疾控局负责艾滋病、梅毒疫情监测的组织工作。

省、地市、县级卫生计生行政部门承担本辖区预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的组织、协调与管理工作，明确职责分工，建立健全以妇幼牵头，医政医管、疾控、财务等密切配合的协作机制，抓好预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播各项工作的落实。

（二）医疗卫生机构。中国疾病预防控制中心妇幼保健中心承担全国预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的技术支持，开展科学研究，推广适宜技术。各级妇幼保健机构承担本辖区预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的技术指导与服务，承担卫生计生行政部门委托的各项管理工作。

各级疾病预防控制机构承担本辖区艾滋病、梅毒疫情监测、艾滋病感染者随访管理和艾滋病实验室质量管理等工作。配合开展感染孕产妇及所生儿童的诊治、随访及转介服务。

各级各类医疗卫生机构应当主动为所有孕产妇提供检测与咨询服务，实行首诊负责制，为感染孕产妇及所生儿童提供规范的干预服务。参与并接受预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的相关技术指导和培训，负责收集、上报相关信息资料。

附件：1.预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播整合服务流程

2.孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点

3.预防艾滋病母婴传播干预服务技术要点

4.预防梅毒母婴传播干预服务技术要点

5. 预防乙肝母婴传播干预服务技术要点

6.预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表、上报流程及要求

附件1

**预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播整合服务流程**



图1. 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播整合服务流程

附件2

**孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点**

一、孕产妇艾滋病检测

参照《全国艾滋病检测技术规范（2014年修订版）》中临床诊断相关的检测策略进行孕产妇艾滋病检测。

（一）检测方法。

孕产妇艾滋病检测方法包括抗体筛查试验和补充试验。

抗体筛查试验包括快速检测（RT）、酶联免疫吸附试验（ELISA）、化学发光免疫试验（CLIA）、明胶颗粒凝集试验（PA）等。

补充试验包括抗体补充试验和核酸补充试验等。建议首选抗体补充试验，如蛋白免疫印迹试验（WB，原确证试验）、条带/线性免疫试验（RIBA/LIA）。

（二）检测流程。

孕产妇初次接受孕产期保健时，首先进行艾滋病抗体筛查试验。筛查试验结果有反应者，使用原有试剂和另外一种筛查试剂进行复检，也可使用原有试剂双份进行复检。根据复检结果，确定是否进行补充试验。依据补充试验结果，判定感染状况（详见图2）。

临产时才寻求助产服务的孕产妇，需同时应用两种不同的快速检测试剂进行筛查，根据筛查检测结果，及时提供后续服务（详见图3）。



图2. 孕期艾滋病检测及服务流程



图3. 产时艾滋病检测及服务流程

（适用于孕期未接受艾滋病检测的产妇）

二、孕产妇梅毒血清学检测

（一）检测方法。

梅毒血清学检测方法包括非梅毒螺旋体抗原血清学试验和梅毒螺旋体抗原血清学试验。

1. 非梅毒螺旋体抗原血清学试验常用方法包括甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）、快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）等；

2. 梅毒螺旋体抗原血清学试验常用方法包括梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA）、酶联免疫吸附试验（ELISA）、免疫层析法-快速检测（RT）、化学发光免疫试验（CLIA）等。

（二）检测流程。

孕产妇初次接受孕产期保健时，即采用任意一类梅毒血清学检测方法进行梅毒筛查。筛查结果呈阳性反应者，需用另一类检测方法进行复检，确定其是否为梅毒感染（详见图4）。在有条件地区，建议首选梅毒螺旋体抗原血清学试验进行筛查。



图4.孕产妇梅毒检测及服务流程

三、孕产妇乙肝检测

（一）检测方法。

乙肝病毒感染血清学标志物检测方法包括酶联免疫吸附试验（ELISA）、金标记免疫分析（胶体金）、化学发光免疫试验（CLIA）等。推荐使用酶联免疫吸附试验进行检测。根据需要可进行单一乙肝表面抗原检测，或乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测。

（二）检测流程。

孕产妇初次接受孕产期保健时，提供乙肝表面抗原检测。检测结果阳性，报告“乙肝表面抗原阳性”，确定乙肝病毒感染，继而进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）等相关检测。有条件的地区，可在筛查时直接进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测（详见图5）。

乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）包括表面抗原（HBsAg）、表面抗体（抗–HBs）、e抗原（HBeAg）、e抗体（抗–HBe）和核心抗体（抗–HBc）。

初次接受产前保健的孕妇

主动提供有关的检测信息

采集血样本

进行乙肝表面抗原检测\*

阳性反应

阴性反应

报告

“乙肝表面抗原阳性”

报告

“乙肝表面抗原阴性”

检测后咨询、指导常规孕产期保健

检测后咨询，提供后续干预服务

\*有条件的地区，可在筛查时直接进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测

图5.孕产妇乙肝检测及服务流程

附件3

**预防艾滋病母婴传播干预服务技术要点**

一、孕产妇抗病毒治疗方案

（一）推荐方案。

1. 孕期或临产发现感染、尚未接受抗病毒治疗的孕产妇，应即刻给予抗病毒治疗。治疗方案推荐选择以下两种方案中的任意一种，也可根据实际情况进行调整。

方案一：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r），或

方案二：替诺夫韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+依非韦伦（EFV）

表1. 常用抗病毒药物剂量及使用方法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药物 | 单次剂量 | 使用方法 |
| AZT | 300 mg | 1天2次 |
| 3TC | 300 mg | 1天1次 |
| LPV/r | 200mg/50mg/片，2片 | 1天2次 |
| TDF | 300mg | 1天1次 |
| EFV | 600mg | 1天1次 |

2. 孕前已接受抗病毒治疗的孕产妇，根据病毒载量检测结果进行病毒抑制效果评估。如果病毒抑制效果理想（即病毒载量小于最低检测限），可保持原治疗方案不变；否则，调整抗病毒治疗用药方案。

（二）注意事项。

1. 一旦发现艾滋病感染孕产妇，无论其是否进行CD4+T淋巴细胞计数和病毒载量检测，也无论其检测结果如何，都要尽快开始抗病毒治疗。在分娩结束后，无论采用何种婴儿喂养方式，均无需停药，尽快将其转介到抗病毒治疗机构，继续后续抗病毒治疗服务。特别强调，对于选择母乳喂养的产妇，如因特殊情况需要停药，应用抗病毒药物至少要持续至母乳喂养结束后一周。

2. 当孕产妇血红蛋白低于90g/L或中性粒细胞低于0.75×109/L，建议不选或停用AZT。应用TDF前，须进行肾脏功能评估。

具体参见《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》及《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》。

二、婴儿抗病毒用药方案

婴儿应在出生后尽早（6～12小时内）开始服用抗病毒药物，可以选择以下两种方案中的任意一种（详见表2和表3）。婴儿若接受母乳喂养，应首选NVP方案。

表2. 婴儿预防用药建议剂量：奈韦拉平（NVP）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出生体重 | 用药剂量 | 用药时间 |
| ≥2500g | NVP 15mg（即混悬液1.5ml），每天1次 | 母亲孕期即开始用药者，婴儿应服药至出生后4～6周；  母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用6~12周。  母亲哺乳期未应用抗病毒药物，则婴儿持续应用抗病毒药物至母乳喂养停止后1周。 |
| ＜2500g  且≥2000g | NVP 10 mg（即混悬液1.0ml），每天1次 |
| ＜2000g | NVP 2 mg /kg（即混悬液0.2ml/kg），每天1次 |

表3. 婴儿预防用药建议剂量：齐多夫定（AZT）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出生体重 | 用药剂量 | 用药时间 |
| ≥2500g | AZT 15mg（即混悬液1.5ml），每天2次 | 母亲孕期即开始用药者，婴儿应服药至出生后4~6周；  母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用6~12周。  母亲哺乳期未应用抗病毒药物，则婴儿持续应用抗病毒药物至母乳喂养停止后1周。 |
| ＜2500g  且≥2000g | AZT 10mg（即混悬液1.0ml），每天2次 |
| ＜2000g | AZT 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天2次 |

三、孕产妇抗病毒治疗的相关检测

孕产妇抗病毒用药前、用药过程中应进行相关的检测，并结合临床症状对孕产妇感染状况进行评估，以便确定用药方案和监测治疗效果。

**用药前**，进行CD4+T淋巴细胞计数、病毒载量检测及其他相关检测（包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖等）。

**用药过程中**，每三个月进行1次CD4+T淋巴细胞计数及其他相关检测（同前）。

**孕晚期**，进行1次病毒载量检测，并在分娩前获得检测结果。

四、安全助产服务

孕期提供充分的咨询，帮助感染孕妇及其家人尽早确定分娩医院，及时到医院待产。

艾滋病感染不作为实施剖宫产的指征。对于孕早、中期已经开始抗病毒治疗、规律服用药物、没有艾滋病临床症状，或孕晚期病毒载量＜1000拷贝数/毫升，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产。

分娩过程中应严密观察并积极处理产程，尽量避免可能增加母婴传播危险的损伤性操作，包括会阴侧切、人工破膜、使用胎头吸引器或产钳、宫内胎儿头皮监测等。新生儿出生后应及时使用流动的温水进行清洗，用洗耳球清理鼻腔及口腔粘膜，缩短新生儿接触母亲血液、羊水及分泌物的时间。清理过程操作手法应轻柔，避免损伤皮肤和黏膜。

医务人员实施普遍性防护措施，加强个人防护，减少职业暴露。

五、婴儿喂养咨询与指导

提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养。

医务人员应对艾滋病感染孕产妇及其家人进行婴儿喂养方式的可接受性、知识和技能、可负担性、可持续性等条件的综合评估，给予技术指导。

对选择人工喂养者，指导正确冲配、器具清洁消毒等。对选择母乳喂养者，要做好充分的咨询，强调喂养期间母亲或婴儿坚持服用抗病毒药物，指导正确的纯母乳喂养方式和乳房护理。告知母乳喂养时间最好不超过6个月，同时积极创造条件，尽早改为人工喂养。

六、儿童艾滋病感染状况监测和随访

各级医疗卫生机构应将艾滋病感染孕产妇所生儿童纳入高危管理，于儿童满1、3、6、9、12和18月龄时，分别进行随访和体格检查，观察有无感染症状出现。

按照《婴儿艾滋病感染早期诊断工作方案》的相关技术和时间要求，对所生儿童于出生后6周和3个月时，分别采集血标本，进行婴儿感染早期诊断。详见图6婴儿艾滋病感染早期诊断检测及服务流程。

未进行婴儿早期诊断检测或婴儿早期诊断检测结果为阴性的儿童，应于12、18月龄进行艾滋病抗体筛查及必要的补充试验，以明确艾滋病感染状态。儿童抗体检测及服务流程见图7。



图6.艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病感染早期诊断检测及服务流程



图7. 艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病抗体检测及服务流程

七、应用复方新诺明预防机会性感染

应用对象包括：CD4+ T淋巴细胞计数<200个细胞/mm3的艾滋病感染孕产妇和CD4+T淋巴细胞百分比<15%的艾滋病感染儿童。

复方新诺明用药方法、停药指征及注意事项等详见《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》。

附件4

**预防梅毒母婴传播干预服务技术要点**

一、梅毒感染孕产妇治疗方案

（一）推荐方案。

一旦发现感染，即刻开始治疗，可选择以下任意一种药物。

1.苄星青霉素240万单位，分两侧臀部肌内注射，每周1次，连续3次为1个疗程。

2.普鲁卡因青霉素G，80万单位/日，肌内注射，连续15日为1个疗程。

（二）替代方案。

1.若没有青霉素，可用头孢曲松，1g/日，肌内注射或静脉给药，连续10日为1个疗程；

2.青霉素过敏者：可用红霉素治疗（禁用四环素、多西环素），红霉素每次500mg，每日4次，口服，连服15日为1个疗程。

（三）治疗时期。

1. 孕早期发现的感染孕妇，应于孕早期和孕晚期各进行1个疗程的治疗，共2个疗程。

2. 孕中、晚期发现的感染孕妇，应立刻给予2个疗程的治疗，2个治疗疗程之间需间隔4周以上（最少间隔2周），第2个疗程应当在孕晚期开始，最好在分娩前一个月完成。

3. 临产时发现的感染孕产妇，也要立即给予1个疗程的治疗。

4. 治疗过程中复发或重新感染者，要追加1个疗程的治疗。

5. 既往感染的孕产妇，也要及时给予1个疗程的治疗。

（四）注意事项。

1. 同时满足以下条件为规范治疗：①应用足量青霉素治疗；②孕期进行2个疗程治疗，2个疗程之间需间隔2周以上；③第2个疗程在孕晚期进行并完成。

2. 苄星青霉素治疗期间，若中断治疗超过1周，或采用其他方案进行治疗时，每个疗程治疗期间遗漏治疗1日或超过1日，要从再次治疗开始时间起重新计算治疗疗程。

3.治疗期间应当定期随访。每月做1次非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，观察滴度变化，判断有无复发或再感染。随访过程中，如果非梅毒螺旋体抗原血清学试验滴度上升或结果由阴转阳，则判断为再次感染或复发，应当立即再开始1个疗程的梅毒治疗。

4. 感染孕产妇分娩前必须进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，以便与所生新生儿非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测结果进行比较，作为后续诊治的依据。

二、儿童预防性治疗

1．治疗对象：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。

2. 治疗方案：苄星青霉素G，5万单位/千克体重，1次肌内注射（分两侧臀肌）。

三、儿童梅毒感染状况监测和随访

梅毒感染孕产妇所生儿童自出生时开始，定期进行梅毒血清学检测和随访，直至排除或诊断先天梅毒。详见图8。

四、先天梅毒的诊断与治疗

（一）先天梅毒诊断。

梅毒感染孕产妇所生儿童符合下列任何一项，可诊断为先天梅毒：

（1）儿童的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；

（2）梅毒螺旋体IgM抗体检测阳性；

（3）出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测结果阳性，滴度≥母亲分娩前滴度的4倍，且梅毒螺旋体抗原血清学试验结果阳性；

（4）出生时不能诊断先天梅毒的儿童，任何一次随访过程中非梅毒螺旋体抗原血清学试验由阴转阳或滴度上升且梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性；

（5）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。

（二）先天梅毒患儿的治疗方案。

1. 脑脊液正常者。

苄星青霉素G，5万单位/千克体重，1次肌内注射（分两侧臀肌）。



图8. 梅毒感染孕产妇所生儿童随访及先天梅毒感染状态监测图

2. 脑脊液异常者。

可选择以下任意一种药物。

（1）水剂青霉素G，每次5万单位/千克体重，每8小时1次（7日内新生儿，每12小时1次），静脉注射，连续10~14日。

（2）普鲁卡因青霉素G，每次5万单位/千克体重，每日1次，肌内注射，连续10~14日。

治疗期间遗漏治疗1日或超过1日，则从再次治疗开始时间起重新计算治疗疗程。

3. 如无条件检查脑脊液，按脑脊液异常者治疗。

附件5

**预防乙肝母婴传播干预服务技术要点**

一、乙肝感染孕产妇干预

为乙肝病毒表面抗原阳性的感染孕产妇提供乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）和肝功能检测，有条件的地区可进行乙肝病毒载量（HBV DNA）检测，必要时转介至传染病专科接受相应的诊疗服务。孕产妇注射乙肝免疫球蛋白没有预防母婴传播作用。

二、乙肝感染孕产妇所生儿童干预

（一）乙肝免疫球蛋白注射。

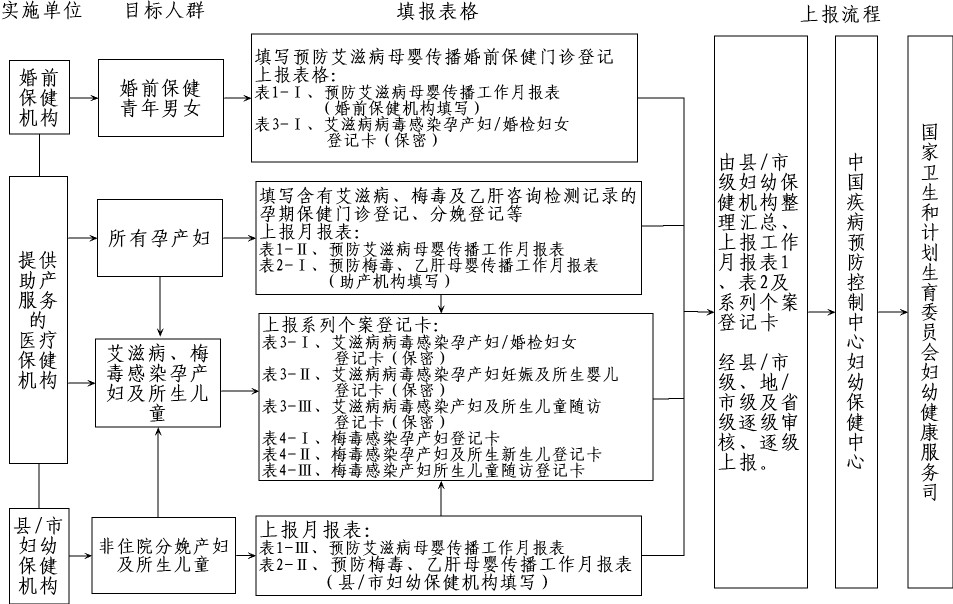
所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应于出生后24小时内（最好是12小时内，越早越好）注射乙肝免疫球蛋白100国际单位。注射方法为肌内注射。注意必须与乙肝疫苗的注射部位不同，也不可与乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。

（二）乙肝疫苗接种。

所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照《预防接种规范》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，完成3剂次乙肝疫苗接种。有条件的地区，在完成第3剂次乙肝疫苗接种后1~6个月，即儿童7月龄至1周岁期间，可进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测，判断免疫效果。

附件6

**预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表上报流程及要求**

一、预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表上报流程

二、预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表上报时限及要求

（一）预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表（表1、表1-Ⅰ、表1-Ⅱ、表1-Ⅲ，表2、表2-Ⅰ、表 2-Ⅱ）。

各级医疗卫生机构应每月初及时将上月预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作报表（本机构填写部分）上报至本辖区的县（市、区）级妇幼保健机构。各级妇幼保健机构负责收集、整理、汇总和审核后，形成“预防艾滋病母婴传播工作月报（汇总）表”（表1）及“预防梅毒、乙肝母婴传播工作月报（汇总）表（表2）”，并尽快完成网络报告。各省级妇幼保健机构应于每月15日前完成本省各类预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表的逐级审核、汇总与网络报告，并上报至中国疾病预防控制中心妇幼保健中心。

（二）预防艾滋病、梅毒母婴传播系列个案登记卡。

艾滋病感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡（表3-Ⅰ）应于获得艾滋病感染孕产妇/婚检妇女补充试验阳性结果后5日内填写完成。对既往已确诊感染者，也应在本次了解其感染状态后5日内填写完成。

艾滋病感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡（表3-Ⅱ）应于艾滋病感染孕产妇产褥期（分娩至产后42日）后的5日内填写完成，对发生自然流产、人工终止妊娠、死亡或失访等其他情况的艾滋病感染孕产妇，应在确定其结局后的5日内填写完成。

艾滋病感染产妇及所生儿童随访登记卡（表3-Ⅲ）应分别于艾滋病感染产妇所生儿童满1、3、6、9、12、18个月后 5日内填写完成。

如艾滋病感染产妇所生儿童已满18月龄，在不了解其最终结局前，应在随后的3个月内连续随访3次，在仍无法得到该儿童的诊断结果及相关信息的情况下，可定义为儿童失访，同时应于最后一次随访后的5日内填写完成“艾滋病感染产妇及所生儿童随访登记卡”（表3-Ⅲ）。

梅毒感染孕产妇登记卡（表4-Ⅰ）应于梅毒感染孕产妇明确感染后的5日内填写完成。

梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡（表4-Ⅱ）应于梅毒感染孕产妇分娩后的5日内填写完成，在分娩时尚未完成本治疗疗程者，在完成疗程后的5日内填写完成。对发生自然流产、人工终止妊娠、死亡或失访等情况的梅毒感染孕产妇，应在确定其结局后的5日内填写完成。

为了解梅毒感染产妇所生儿童的生存状况及先天梅毒诊断情况，需要于儿童出生后的3、6、9、12、15、18月时提供随访及梅毒相关检测服务，并在每次随访后的5日内，及时填写“梅毒感染产妇所生儿童随访登记卡”（表4-Ⅲ）。

如梅毒感染产妇所生儿童已满18月龄，在不了解其最终结局前，应在随后的3个月内连续随访3次，在仍无法得到该儿童的诊断结果及相关信息，可定义为儿童失访，同时应于最后一次随访后的5日内填写完成“梅毒感染产妇所生儿童随访登记卡”（表4-Ⅲ）。

各级医疗卫生机构应于各类个案登记卡的纸质版填写完成后5日内，完成网络报告或将纸质登记卡交由辖区妇幼保健机构完成网络报告。

各级妇幼保健机构和（或）卫生计生行政部门应对各级医疗卫生机构随时通过网络报告的各类“个案登记卡”，进行逐级网络审核，并于医疗卫生机构网络报告后的10日内完成省级终审。县级妇幼保健机构负责将相关的原始登记及系列个案登记卡留存备案。

（三）填报要求。

填写上述工作月报表与系列个案登记卡时，要求使用蓝色或黑色签字笔、钢笔，内容完整、准确，字迹清楚，填报人需签名，并加盖单位公章，及时上报。

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