ទំរង់ពត៌មានសង្ខេបរបស់អ្នកជំងឺត្រៀមទទួល ART (Patient Pre-ART [OI] care summary form)

ឈ្មោះ Name			លេខកូដអ្នកជំងឺ Clinic ID number						
ថ្ងៃ.ខែចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម Date started OI care / /			ចំណាត់ថ្នាក់ WHO Stage ☐1 ☐2 ☐3 ☐4			CD4	ថ្ងៃ ខែ ពិនិត្យ CD4 CD4 date / /		
ថ្ងៃ.ខែសមស្របទទួល ART Date eligible for ART / /			ចំណាត់ថ្នាក់ WHO Stage ☐1 ☐2 ☐3 ☐4			CD4	ថ្ងៃ ខែ ពិនិត្យ CD4 CD4 date / /		
ថ្ងៃ.ខែលះបង់ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម Date exit OI care / /			មូលហេតុនៃការលះបង់ការព្យាបាល OI Reason for exit OI care				☐ បាត់មុខ Lost	☐ ចាប់ផ្តើម ART	
Hep B sAg: / /			Hep C Ab: / /				VDRL/TPHA: / /		

ថ្ងៃ.ខែមកពិនិត្យ Date of visit	ខែទីប៉ុន្មានដែលមកទទួលការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម OI care month	ទំងន់ Weight	លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ Laboratory				ជំងឺឱកាសនិយមថ្មី New HIV related illness	ការព្យាបាល Treatment	ការព្យាបាលបង្ការ Prophylaxis			ថ្ងៃខែមកពិនិត្យលើកក្រោយ Date next visit
			CD4	Hb	SGPT	ផ្សេង ១ (Other)			Cotrim	Flucon	Isoniazid	
ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ (dd/mm/yy)												ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ (dd/mm/yy)
/ /												/ /
/ /												/ /
/ /												/ /