

## 附件 1

# 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播 指标定义与计算方法

### 1. 孕产妇艾滋病/梅毒/乙肝检测率

定义：接受艾滋病/梅毒/乙肝检测的孕产妇所占的比例。

分子：孕期和（或）产时接受过艾滋病/梅毒/乙肝检测的产  
妇数

分母：同期分娩产妇总数（住院分娩产妇数+非住院分娩产  
妇数）

### 2. 孕期艾滋病/梅毒/乙肝检测率

定义：孕期接受至少一次艾滋病/梅毒/乙肝检测的孕产妇所  
占的比例。

分子：孕期接受过艾滋病/梅毒/乙肝检测的产妇数

分母：同期分娩产妇总数（住院分娩产妇数+非住院分娩产  
妇数）

### 3. 孕早期艾滋病/梅毒/乙肝检测率

定义：孕早期（孕 12<sup>+</sup>周以内）接受至少一次艾滋病/梅毒/  
乙肝检测的孕产妇所占的比例。

分子：孕早期接受过艾滋病/梅毒/乙肝检测的产妇数

分母：同期分娩产妇总数（住院分娩产妇数+非住院分娩产  
妇数）

#### 4. 艾滋病感染孕产妇抗艾滋病病毒用药率

定义：艾滋病感染孕产妇应用抗艾滋病病毒药物的比例。

分子：孕期和（或）产时应用抗艾滋病病毒药物的艾滋病感染产妇数

分母：同期艾滋病感染产妇总数

#### 5. 艾滋病感染孕产妇所生儿童抗艾滋病病毒用药率

定义：艾滋病感染孕产妇所生儿童应用抗艾滋病病毒药物的比例。

分子：艾滋病感染孕产妇所生儿童中应用抗艾滋病病毒药物的人数

分母：同期艾滋病感染产妇所生儿童数

#### 6. 梅毒感染孕产妇治疗率

定义：梅毒感染孕产妇接受梅毒治疗的比例。

分子：孕期和（或）产时接受过梅毒治疗的产妇数

分母：同期梅毒感染产妇总数

#### 7. 梅毒感染孕产妇所生儿童预防性治疗率

定义：梅毒感染孕产妇所生儿童接受过预防性治疗的比例。

分子：梅毒感染孕产妇所生儿童中接受过预防性治疗的人数

分母：同期梅毒感染产妇所生儿童数

#### 8. 乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童首剂乙肝疫苗及时接种率

定义：乙肝病毒表面抗原阳性产妇所生儿童及时接种首剂乙肝疫苗的比例。

分子：出生后 12 小时内接种了首剂乙肝疫苗的乙肝感染产妇所生儿童数

分母：同期乙肝感染产妇所生儿童数

#### 9. 乙肝免疫球蛋白及时注射率

定义：乙肝病毒表面抗原阳性产妇所生儿童及时注射乙肝免疫球蛋白的比例。

分子：出生后 12 小时内注射了乙肝免疫球蛋白的乙肝病毒表面抗原阳性产妇所生儿童数

分母：同期乙肝感染产妇所生儿童数

#### 10. 艾滋病母婴传播率

定义：艾滋病感染产妇所生儿童中 18 月龄诊断为艾滋病病毒感染感染的比例。

艾滋病母婴传播率 =  $(A+B+\text{年度死亡校正系数} \times C) / (D+E)$

A: 艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的存活儿童中，18 月龄艾滋病抗体检测结果为阳性的人数

B: 艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的死亡儿童中，婴儿早期诊断结果为阳性的人数

C: 艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的死亡儿童中，未接受过婴儿早期诊断，或早期诊断结果不详的人数

D: 艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的存活儿童中, 在 18 月龄接受艾滋病抗体检测的人数

E: 艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的死亡儿童数

详细内容参见《妇幼司关于调整婴儿艾滋病感染早期诊断检测区域实验室和优化艾滋病母婴传播率算法的通知》(国卫妇幼妇卫便函〔2019〕53号)

#### 11. 先天梅毒报告发病率

定义: 先天梅毒报告病例数占活产总数的比例。

分子: 先天梅毒报告病例数(传染病疫情直报信息系统中的胎传梅毒数)

分母: 同期活产总数(全国妇幼年报系统中的活产数)

12. 乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童 12 月龄内乙肝表面抗原(HBsAg)检测阳性率

定义: 乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童中 12 月龄内 HBsAg 阳性的比例。

分子: 乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童中 12 月龄内 HBsAg 阳性的人数

分母: 同期乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童中 12 月龄内接受 HBsAg 检测的人数

## 附件 2

# 孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点

### 一、艾滋病检测

参照《艾滋病和艾滋病病毒感染诊断（中华人民共和国卫生行业标准 WS293-2019）》和最新版《全国艾滋病检测技术规范》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。

抗体筛查试验包括免疫凝集试验、免疫层析试验（ICA）、免疫渗滤试验（IFA）、酶联免疫吸附试验（ELISA）、化学发光免疫试验（CLIA）、抗体抗原联合检测试验等。

补充试验包括抗体确证试验和核酸试验。抗体确证试验包括免疫印迹试验、条带/线性免疫试验、免疫层析试验、免疫渗滤试验及特定条件下的替代试验。核酸试验包括核酸定性试验和核酸定量试验。

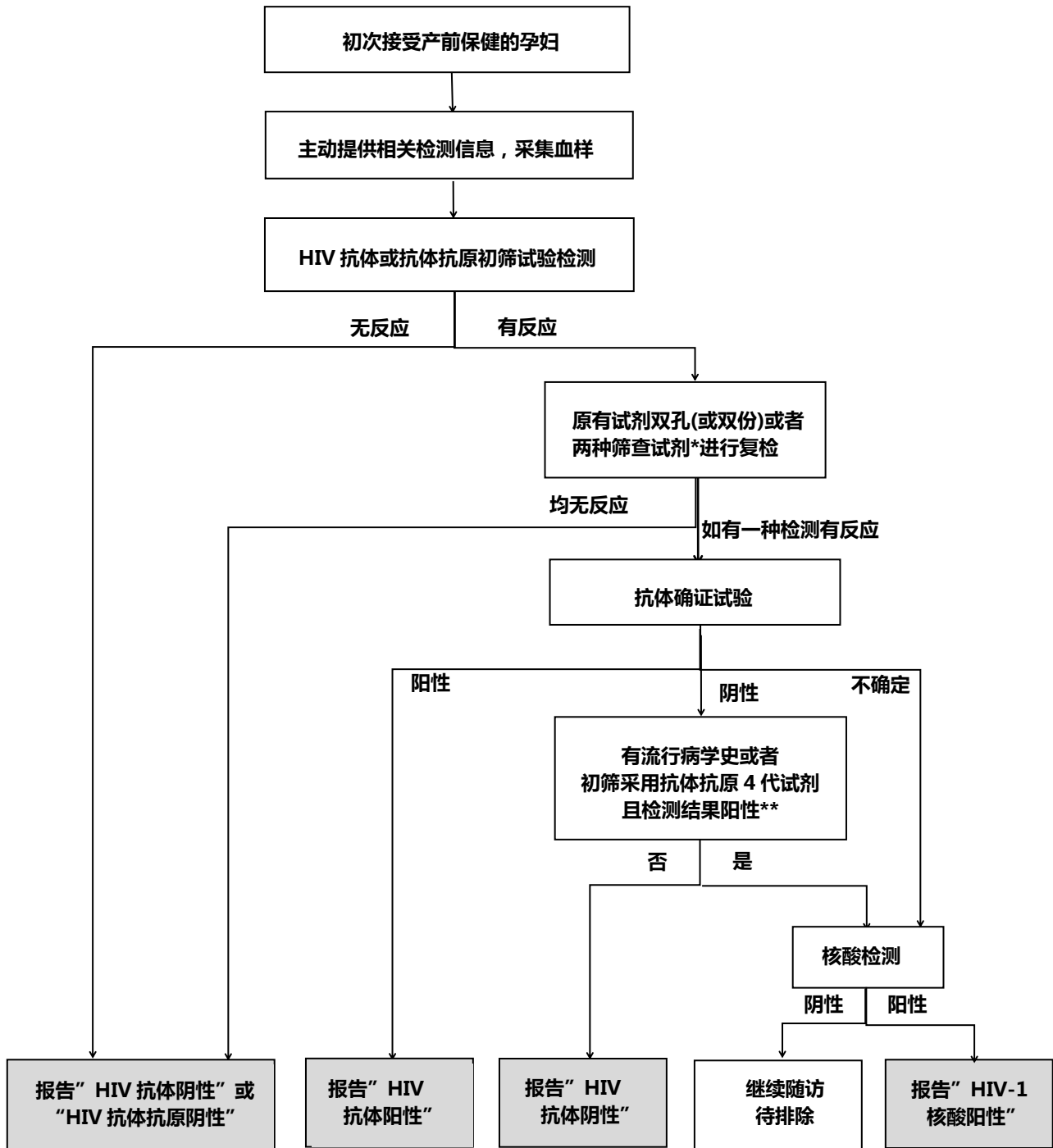
#### （二）检测流程。

对初次接受孕产期保健的孕产妇，应当首先进行 HIV 抗体筛查试验。筛查试验按照流程分为初筛试验与复检试验。初筛试验结果无反应，依据检测方法出具 HIV 抗体或 HIV 抗体抗原阴性报告；初筛试验有反应者进入复检试验，复检试验均无反应出具

HIV 抗体或 HIV 抗体抗原阴性报告，复检试验有反应者尽快进行补充试验，并依据补充试验结果进行报告（详见图 1）。

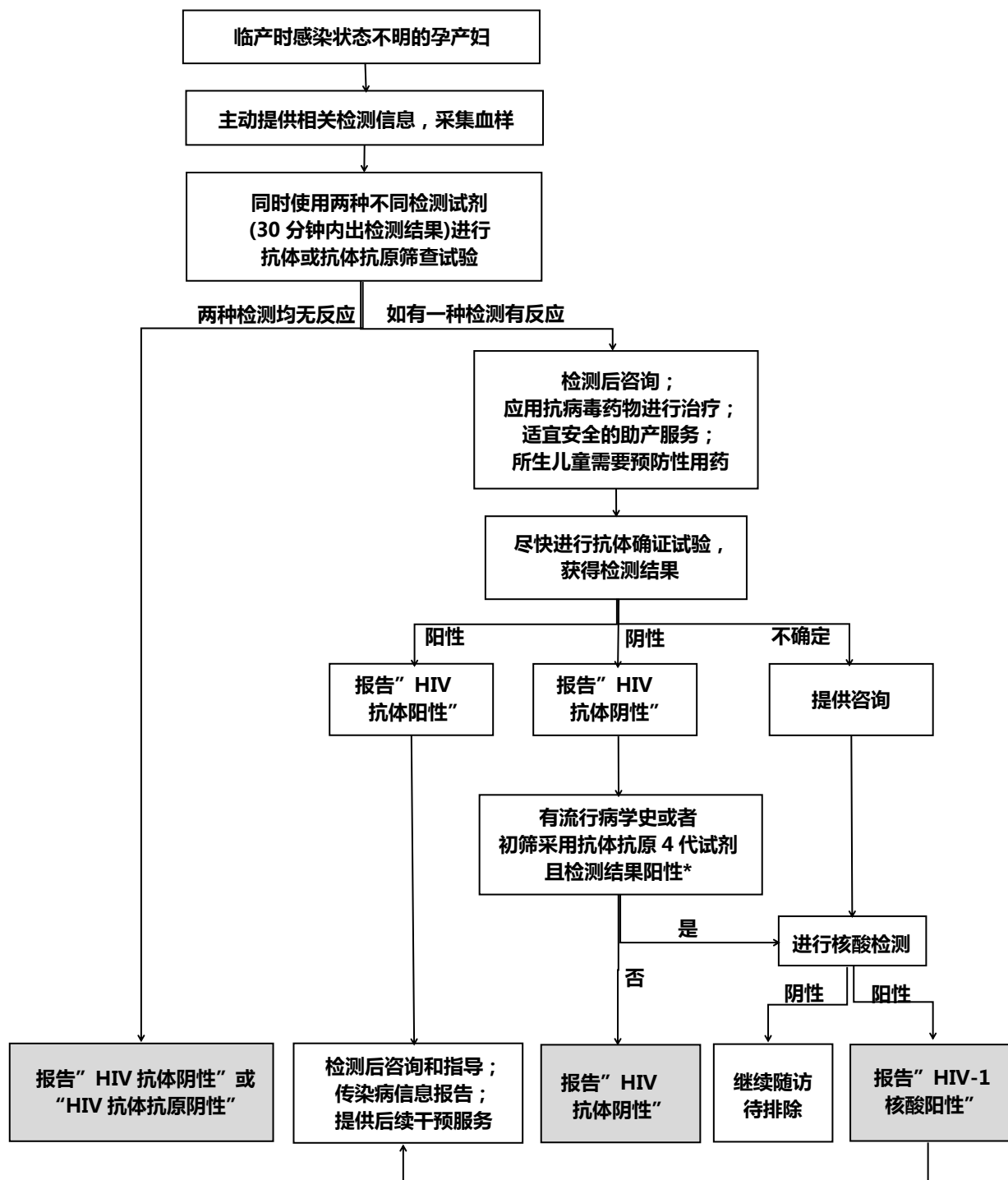
对临产时才寻求孕产期保健服务、艾滋病感染状况不明确的孕产妇，尽快同时应用两种不同厂家或不同原理的检测试剂进行筛查（要求 30 分钟内出检测结果），根据筛查检测结果及时提供后续服务（详见图 2）。

图 1 孕期艾滋病检测流程



注：\*两种试剂可以是原有试剂加另一种试剂，也可以是两种不同试剂；  
 \*\* “有流行病学史、筛查采取抗体抗原 4 代试剂且检测结果为阳性”：  
 两者有其一为“是”即为“是”，两者均为“否”才为“否”。

图 2 临产时艾滋病检测流程



注：\* “有流行病学史、筛查采取抗体抗原 4 代试剂且检测结果为阳性”：  
两者有其一为“是”即为“是”，两者均为“否”才为“否”。



## 二、梅毒血清学检测

### （一）检测方法。

梅毒血清学检测试验包括梅毒螺旋体血清学试验和非梅毒螺旋体血清学试验。

1. 梅毒螺旋体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）、化学发光免疫试验（CLIA）、快速检测（RT）等。

2. 非梅毒螺旋体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。

### （二）检测流程。

对初次接受孕产期保健的孕产妇，应当采用梅毒螺旋体血清学试验进行初筛。初筛结果呈阳性反应者，应用非梅毒螺旋体血清学试验进行复检，同时进行定量检测，确定其是否为梅毒感染孕产妇（详见图3）。

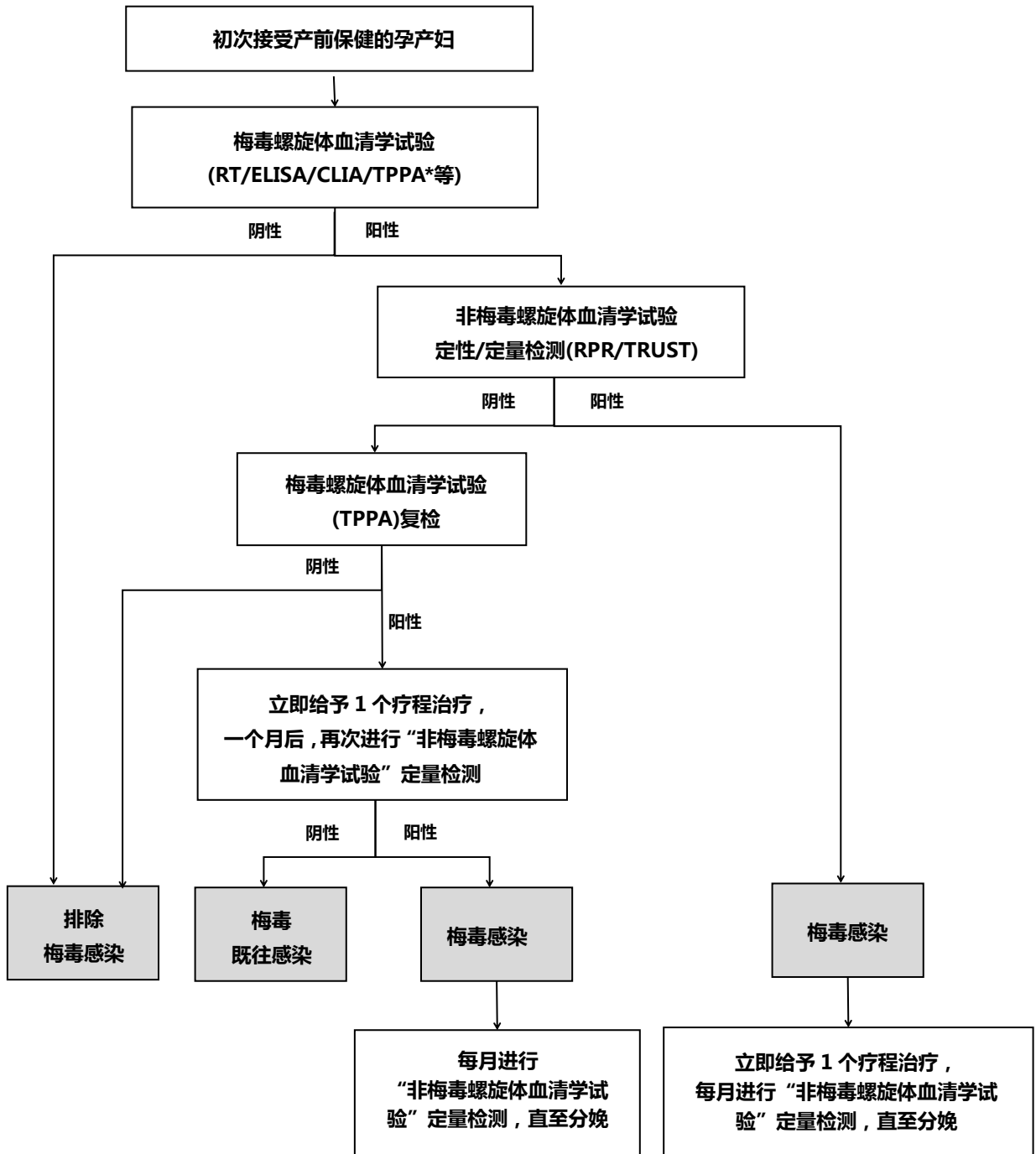
对临产时梅毒感染状态未知的孕产妇，有条件的地区应当同时采用梅毒螺旋体血清学试验和非梅毒螺旋体血清学试验两类检测方法进行筛查（详见图4）。

当梅毒螺旋体血清学试验未采用梅毒螺旋体颗粒凝集试验且结果为阳性、非梅毒螺旋体血清学试验结果阴性时，需采用梅毒螺旋体颗粒凝集试验进行复检。

梅毒感染孕产妇在治疗随访过程中，特别是孕晚期或分娩

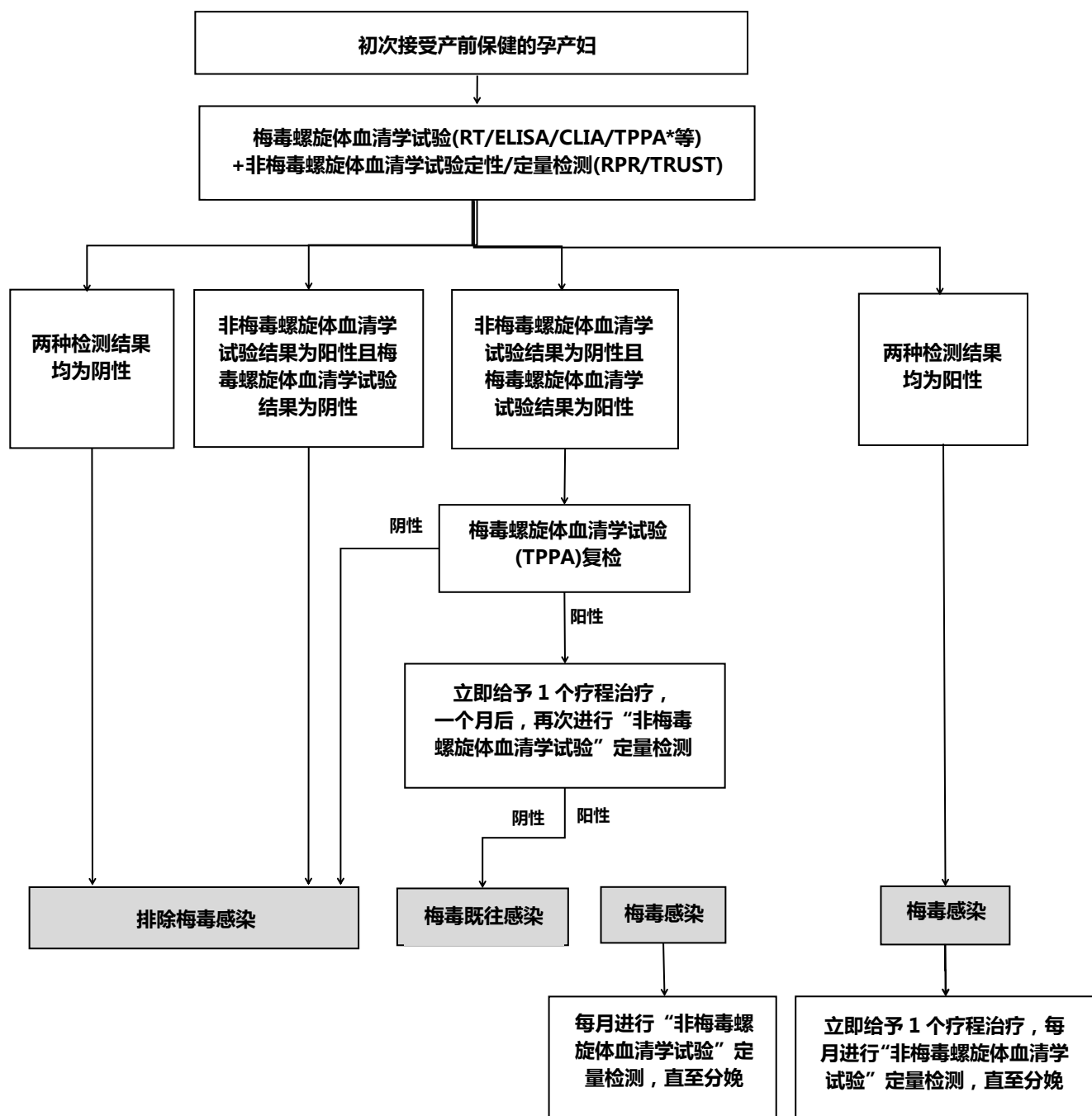
前，应进行非梅毒螺旋体血清学试验定量检测，作为治疗效果评价和诊断所生儿童先天梅毒的依据。

图 3 孕产妇梅毒检测流程一



注：\*若用 TPPA 进行初筛阳性,不需要再复检。

图 4 孕产妇梅毒检测流程二



注：\*若用 TPPA 进行初筛阳性,不需要再复检。

### 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包括：乙肝病毒表面抗原（HBsAg）、抗乙肝病毒表面抗体（抗-HBs）、乙肝病毒 E 抗原（HBeAg）、乙肝病毒 E 抗体（抗-HBe）、抗乙肝病毒核心抗体（抗-HBc）。

检测方法包括：酶联免疫吸附试验（ELISA）、化学发光免疫试验（CLIA）、胶体金标记免疫分析等。

推荐使用酶联免疫吸附试验为孕产妇进行检测。

#### （二）检测流程

对初次接受孕产期保健的孕产妇，应当为其提供乙肝病毒感染血清学标志物（乙肝五项）检测，并出具检测报告。有条件的机构，建议为乙肝病毒表面抗原阳性的孕产妇提供 HBV DNA 定量检测。

## 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

### （一）治疗方案。

1. 对于孕期发现艾滋病感染孕产妇，应当立即给予抗病毒治疗，可选择以下三种方案中的任意一种：

方案一：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）；

方案二：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+依非韦伦（EFV）；

方案三：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）。

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。如病毒载量小于 50 拷贝/ml，可保持原治疗方案不变；否则，酌情调整抗病毒治疗用药方案。

3. 对于孕晚期（孕 28 周之后）发现的艾滋病感染孕产妇，有条件的情况下推荐使用：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）/恩曲他滨（FTC）+整合酶抑制剂。

### （二）注意事项。

1. 在分娩结束后，艾滋病感染产妇无需停药，继续进行抗病毒治疗。

2. 当孕产妇血红蛋白低于 90g/L，或中性粒细胞低于 0.75

$\times 10^9/L$ , 建议不选或停用 AZT。应用 TDF 前需进行肾脏功能评估。

3. 整合酶抑制剂应当选择可应用于孕产妇的整合酶抑制剂。

具体治疗方案参见最新版《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》、《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》。

### （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检测，评估孕产妇感染状况，确定用药方案和监测治疗效果。

1. 用药前：进行病毒载量、CD4+T 淋巴细胞计数及其他相关检测（包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖等）。

2. 用药过程中：按规定进行 CD4+T 淋巴细胞计数及其他相关检测（同前）。

3. 孕晚期：进行 1 次病毒载量检测，在分娩前获得检测结果。

4. 有条件地区，建议孕产妇用药前、用药期间进行耐药检测。

## 二、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/毫升，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产，避免紧急剖宫产。

产前检查和分娩过程中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、宫内胎儿头皮监测、使

用胎头吸引器或产钳助产等。应严密观察并积极处理产程。尽可能减少新生儿接触母亲血液、羊水及分泌物的时间和机会。

### 三、艾滋病感染孕产妇所生儿童母婴传播风险评估

对所有的艾滋病感染孕产妇及所生儿童进行母婴传播风险评估，以确定儿童预防治疗方案。风险评估依据孕产妇抗病毒治疗、实验室检测等情况，将所生儿童分为高暴露风险儿童和普通暴露风险儿童。

符合以下条件之一的孕产妇所生儿童为艾滋病高暴露风险儿童，其他为普通暴露风险儿童。

1. 感染孕产妇孕晚期 HIV 病毒载量 >50 拷贝/ml;
2. 感染孕产妇无孕晚期 HIV 病毒载量检测结果，孕期抗病毒治疗不足 12 周;
3. 孕产妇临产时或分娩后 HIV 初筛试验阳性。

### 四、儿童抗病毒用药方案

(一) 普通暴露风险儿童。儿童应当在出生后 6 小时内尽早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 1 和表 2）。如选择母乳喂养，应当首选 NVP 方案。

表 1 普通暴露风险儿童预防用药建议剂量：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	婴儿应服药至出生后 4 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 2 普通暴露风险儿童预防用药建议剂量：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	婴儿应服药至出生后 4 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	

(二) 高暴露风险儿童。儿童应在出生后 6 小时内尽早开始服用三联抗病毒药物至出生后 6 周 (详见表 3)。

出生后 2 周内：齐多夫定 (AZT) + 拉米夫定 (3TC) + 奈韦拉平 (NVP)

出生 2 周后至 6 周：齐多夫定 (AZT) + 拉米夫定 (3TC) + 洛匹那韦/利托那韦 (LPV/r)

表 3 高暴露风险儿童预防用药建议剂量



	AZT		3TC		NVP	LPV/r
年龄 体重	胎龄<35周 (2mg/kg)	胎龄>35周 (4mg/kg)	<4周龄 (2mg/kg)	>4周龄 (4mg/kg)	<2周龄 (6mg/kg)	>2周龄 (16/4mg/kg)
每天2次，每次用药剂量						
2kg-	1ml	2ml	1ml	-	2ml	1ml
3kg-	1ml	2ml	1ml	-	3ml	1ml
4kg-	2ml	3ml	2ml	3ml	3ml	1ml
5kg-	2ml	3ml	2ml	3ml	-	1.5ml
6-6.9kg	2ml	4ml	-	3ml	-	1.5ml

注：应根据胎龄、儿童周龄和体重变化及时更换药物和调整药物剂量。

(三) 儿童抗病毒药物副反应监测。对于艾滋病感染孕产妇所生高暴露风险儿童,应当在其服药后2周及4周时进行血常规、肝功能和肾功能检测。发现异常者,及时进行处理。

## 五、婴儿喂养咨询与指导

医务人员应当根据艾滋病感染孕产妇及其家人对婴儿喂养的知识和技能、可接受性、可负担性、可持续性、获得专业指导的可及性等条件进行综合评估,给予科学的喂养指导,保障婴儿健康饮食和营养充足。

对选择人工喂养的,指导其正确冲配奶粉和清洁消毒器具。对选择母乳喂养的,要做好咨询指导,强调喂养期间母亲应当坚持服用抗病毒药物,指导正确的母乳喂养和乳房护理。

## 六、儿童艾滋病感染状况监测和随访

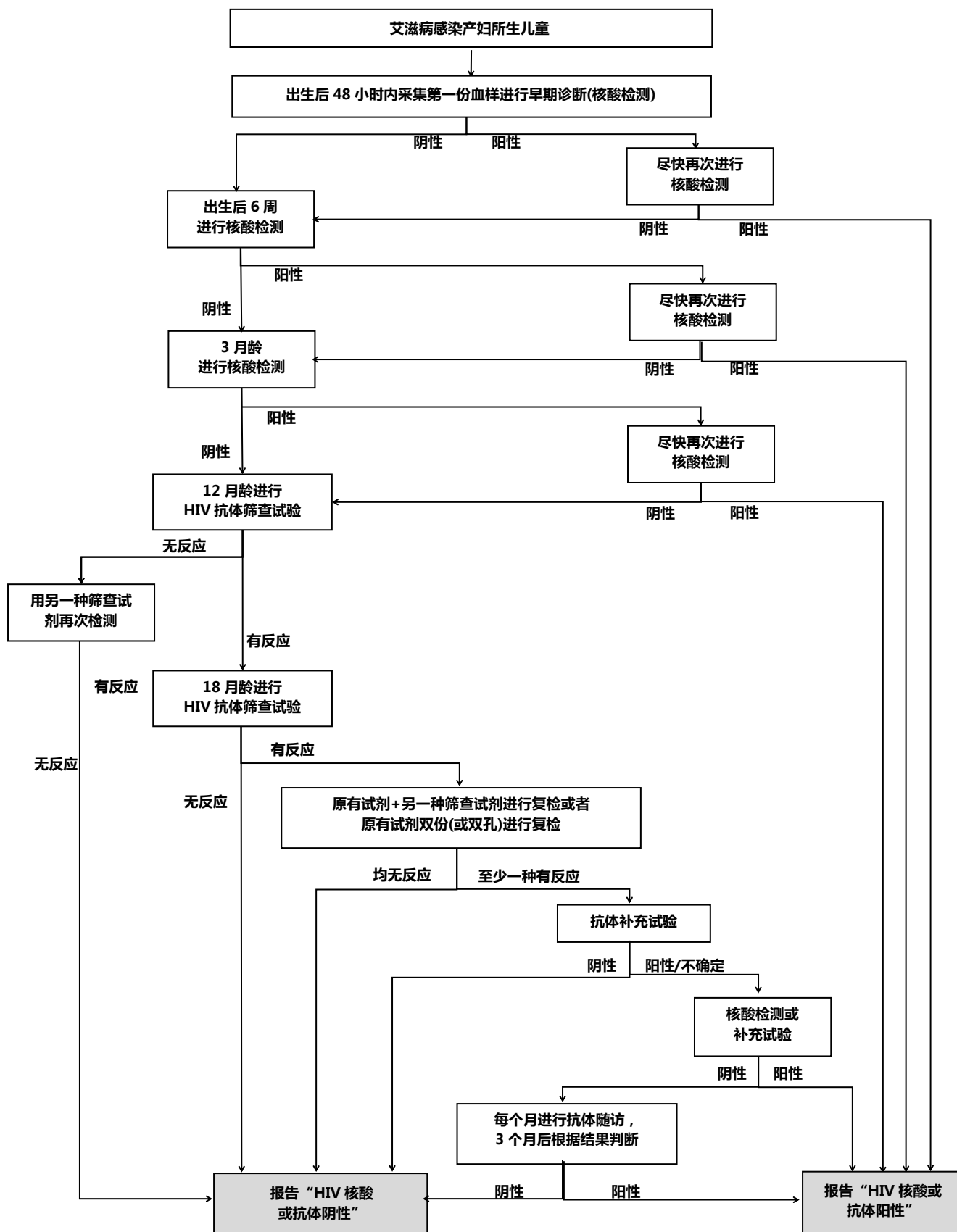
对所生儿童于出生后48小时内、6周和3个月时,分别采集血标本,进行婴儿艾滋病感染早期诊断检测(核酸检测)。两次

核酸检测结果阳性，可诊断为艾滋病病毒感染。早期诊断检测结果为阴性或未进行早期诊断检测的儿童，应于 12 月龄时进行 HIV 抗体筛查，筛查结果阴性者，排除艾滋病感染；筛查结果阳性者，应随访至满 18 月龄，并再次进行 HIV 抗体检测，如抗体检测结果仍为阳性者应及时进行补充实验，明确艾滋病感染状态。儿童艾滋病感染早期诊断与 HIV 抗体检测服务流程详见图 5。

艾滋病感染孕产妇所生儿童都应纳入高危儿管理，在儿童满 1、3、6、9（8）、12 和 18 月龄时，分别进行随访和体格检查。

对于发现的艾滋病病毒感染儿童进行传染病报告，尽快进行转介和治疗。

图 5 艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病早期诊断与 HIV 抗体检测服务流程



## 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

### (一) 推荐方案。

孕产妇一旦发现梅毒感染，即刻开始治疗，可选择以下任意一种方案。

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

2. 普鲁卡因青霉素，80 万单位/日，肌肉注射，连续 15 日为 1 个疗程。

### (二) 替代方案。

若青霉素过敏，在无头孢曲松过敏史的情况下使用头孢曲松，1g/日，肌肉注射或静脉点滴，连续 10 日为 1 个疗程。

若青霉素过敏且不能使用头孢曲松时，使用红霉素口服（禁用四环素、多西环素），每次 500mg，4 次/日，连服 15 日为 1 个疗程。

### (三) 注意事项。

1. 规范治疗的定义：①使用青霉素治疗；②按照治疗方案要求全程、足量治疗；③治疗应在分娩前 1 个月完成。

2. 临产时发现的感染孕产妇，应立即启动并完成 1 个疗程的

治疗。

3. 梅毒螺旋体血清学试验阳性、非梅毒螺旋体血清学试验阴性的孕产妇，应给予 1 个疗程的治疗。

4. 苄星青霉素治疗期间，若中断治疗超过 1 周；或采用其他药物（普鲁卡因青霉素、头孢曲松或红霉素）治疗期间，遗漏治疗 1 日或超过 1 日，均应重新开始计算疗程并继续治疗。

5. 治疗结束后应当定期随访。每月进行 1 次非梅毒螺旋体血清学试验定量检测，若 3-6 个月内非梅毒螺旋体血清学试验滴度未下降 4 倍（2 个稀释度），或滴度上升 4 倍（2 个稀释度），或检测结果由阴转阳，应当立即再给予 1 个疗程的梅毒治疗。

6. 孕期用红霉素治疗的孕妇，在分娩后应使用多西环素复治（多西环素，100mg，2 次/日，连服 15 日），治疗期间不能哺乳，所生的儿童应按照先天梅毒治疗方案给予相应的治疗。

7. 对于母亲孕期未接受规范治疗，且非梅毒螺旋体检测阳性的儿童，按照先天梅毒治疗。

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

## 二、儿童预防性治疗

1. 治疗对象：所有梅毒感染孕产妇所生的新生儿。

2. 治疗方案：苄星青霉素，5 万单位/千克体重，1 次肌肉注射（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 6）。

### 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病原学检查阳性（病原学检测方法包括：暗视野显微镜、镀银染色镜检和核酸扩增试验）；

2. 出生时梅毒螺旋体 IgM 抗体检测阳性；

3. 出生时非梅毒螺旋体血清学试验定量检测结果阳性，滴度大于等于母亲分娩前滴度的 4 倍（2 个稀释度），且梅毒螺旋体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血清学试验结果由阴转阳或上升 4 倍滴度（2 个稀释度），且梅毒螺旋体血清学试验阳性；

5. 18 月龄前未能诊断先天梅毒的儿童，18 月龄后梅毒螺旋体血清学试验仍阳性。

#### （二）先天梅毒治疗。

有条件的地区应进行脑脊液检查，包括常规检查及脑脊液梅毒血清学试验，以判断是否有神经系统损害。

1. 脑脊液正常者。

同预防性治疗方案，即苄星青霉素，5万单位/千克体重，1次肌肉注射（分两侧臀肌）。已接受过预防性治疗的先天梅毒患儿不须重复治疗。

## 2. 脑脊液异常者。

可选择以下任意一种方案。

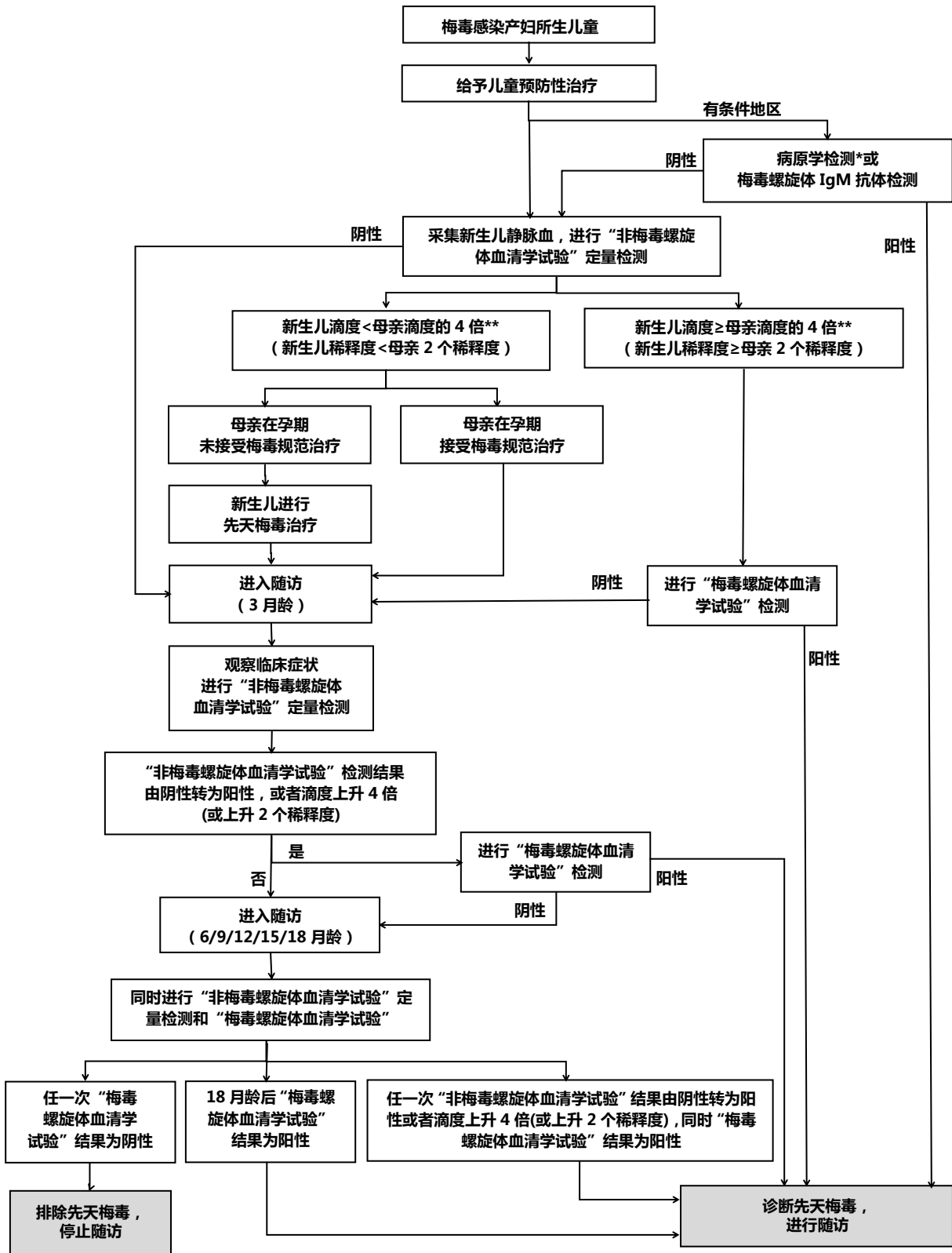
（1）青霉素，每次5万单位/千克体重，每8小时1次（7日内新生儿，每12小时1次），静脉滴注，连续10-14日。

（2）普鲁卡因青霉素，每次5万单位/千克体重，每日1次，肌肉注射，连续10-14日。

治疗期间如果遗漏治疗1日或超过1日，需重新计算治疗疗程，再次开始治疗。

## 3. 如无条件检查脑脊液，按脑脊液异常者治疗。

图 6 梅毒感染孕产妇所生儿童随访及监测流程



注：\*病原学检测方法包括暗视野显微镜、镀银染色镜检和核酸扩增试验；

\*\*若母亲滴度未知，应尽快进行“非梅毒螺旋体血清学试验”定量检测。



## 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

乙肝病毒表面抗原阳性的孕产妇需进行肝功能检测，有条件的地区进行 HBV DNA 定量检测。依据感染孕产妇血清 HBV DNA、转氨酶水平和肝脏疾病严重程度，在医生的指导下进行抗病毒治疗或转诊。

若孕产妇孕中、晚期血清 HBV DNA  $\geq 2 \times 10^5$  IU/ml，建议与感染孕产妇充分沟通，在知情同意的基础上，于孕 28 周开始抗病毒治疗；对于 HBV DNA  $> 2 \times 10^9$  IU/ml 的孕产妇可于孕 24 周开始抗病毒治疗。若不能进行 HBV DNA 检测或无检测结果，可依据乙肝病毒 E 抗原阳性结果于孕 28 周开始抗病毒治疗。

推荐药物为替诺福韦 (TDF)。患有肾病或严重骨质疏松的孕产妇，可应用替比夫定 (LdT) 治疗。孕产妇用药后中途不建议停药，分娩后应立即停药。应加强产后监测，复查肝肾功能，进行 HBV DNA 定量检测。

## 二、乙肝感染孕产妇所生儿童干预

### (一) 接种乙肝疫苗。

所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照最新版《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，于出生后 12 小时内尽早接种首剂乙肝疫苗，并按

规定完成乙肝疫苗全程接种。

## （二）注射乙肝免疫球蛋白。

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 12 小时内尽早注射乙肝免疫球蛋白 100 国际单位。注射方法为肌肉注射，注意应与乙肝疫苗的接种部位不同，也不可于乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。

## （三）儿童喂养。

乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇可以进行母乳喂养。

## （四）儿童随访和检测。

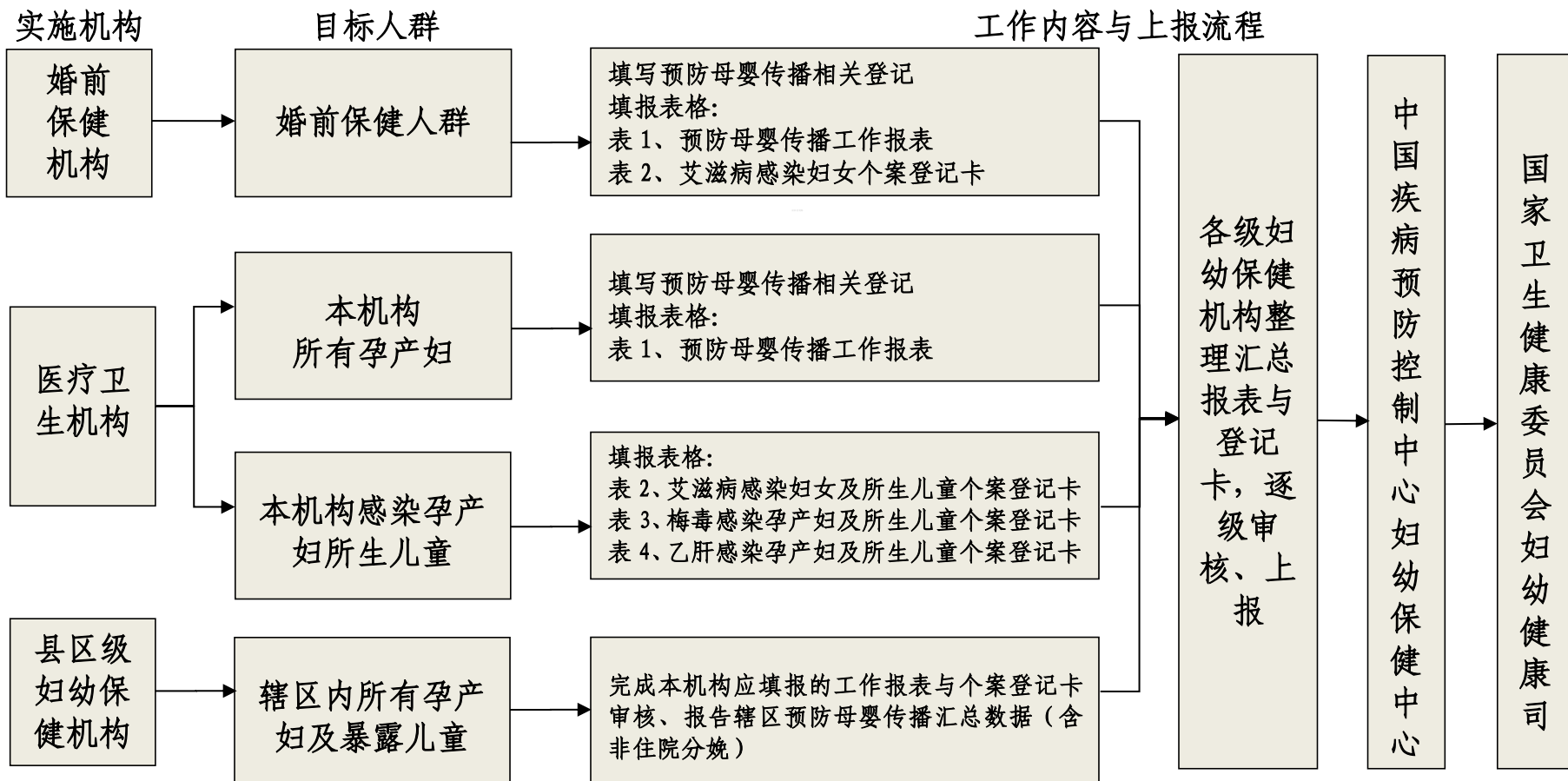
儿童在完成最后剂次乙肝疫苗接种后 1-2 个月，应进行乙肝病毒表面抗原和表面抗体检测，明确母婴传播干预效果。检测方法首选酶联免疫吸附试验或化学发光免疫试验，不具备条件的地区也可采用胶体金标记免疫分析法。

按要求上报所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇及其所生新生儿产时的个案信息和部分儿童 12 月龄内的随访及检测情况。部分儿童指孕中、晚期血清 HBV DNA  $\geq 2 \times 10^5$  IU/ml 或 HBeAg 阳性母亲所生儿童。

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报表 (表1)。

1. 报告对象: 所有婚前保健人群及孕产妇人群

2. 报告时限及要求:

各级医疗卫生机构应按时将预防艾滋病、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。县 (市、区) 级妇幼保健机构除完成本机构应填报内容外, 还应负责收集、整理、汇总本地区工作汇总数据, 审核后尽快完成网络报告。地 (市、州) 级妇幼保健机构应负责收集、整理、汇总所辖各县 (市、区) 工作汇总数据, 审核后尽快完成网络报告。省级妇幼保健机构应于每月 15 日前完成本省 (自治区、直辖市) 工作月报表的审核、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、梅毒和乙肝母婴传播个案卡 (表2—表4)。

1. 报告对象: 所有诊断为艾滋病感染的婚检妇女、孕产妇及其所生的 18 月龄以内的儿童 (表 2)。所有诊断为梅毒感染的孕产妇及其所生的 18 月龄以内的儿童 (表 3)。所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇及其新生儿 (表 4-I), 以及其中血清 HBV DNA  $\geq 2 \times 10^5$  IU/ml 或 HBeAg 阳性产妇所生的 12 月龄内的儿童 (表 4-II)。上述报告对象不包括以终止妊娠为直接目的而就医时发现的感染病例。

2. 报告时限及要求:

表 2-I、3-I 和 4-I 应于明确艾滋病、梅毒和乙肝感染状态后的

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。

表2-II、3-II和4-I（“三-九”部分）应当分别于艾滋病、梅毒或乙肝感染孕产妇分娩后及出院前填写完成，对发生自然流产、人工终止妊娠、死亡或失访等其他妊娠结局的艾滋病或梅毒感染孕产妇，应当在获知其结局后的5日内填写完成。

表2-III和3-III应分别于艾滋病或梅毒感染产妇所生儿童按规定时限完成随访后5日内填写。表4-II内容应当由随访机构在获得乙肝病毒血清学检测结果后的5日内填报完成。

如艾滋病和梅毒感染产妇所生儿童已满18月龄、乙肝暴露儿童已满12月龄，在不了解其最终结局前，应当在随后的3个月内连续随访3次，如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，并于最后一次随访后5日内填写完成相应内容。

各级医疗卫生机构应当于病例完成诊断后5日内完成网络报告。各级妇幼保健机构应当及时对辖区内网络报告的个案登记卡进行网络审核，县级妇幼保健机构负责留存相关的原始登记及纸质个案登记卡。

( )年( )月

表 1 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作报表

(由妇幼保健机构汇总相关机构完成的内容并填写)

省(自治区、直辖市)

市(地、州)

县(市、区)

编号	项 目		人 数		
1.	婚前检测	接受婚前保健人数	男:	女:	
2.		其中: 接受艾滋病检测人数	男:	女:	
3.		其中: 艾滋病感染人数	男:	女:	
4.	孕期检测	接受初次孕产期保健的孕妇数			
5.		接受艾滋病检测孕妇数			
6.		其中: 艾滋病感染孕妇数			
7.		接受梅毒检测孕妇数			
8.		其中: 梅毒感染孕妇数			
9.		接受乙肝检测孕妇数			
10.		其中: 乙肝感染孕妇数			
11.	孕产期检测与干预	住院分娩产妇数			
12.		艾滋病	孕产期接受艾滋病检测产妇数		
13.			其中: 孕早期接受艾滋病检测产妇数		
14.			孕早期艾滋病检测阳性产妇数		
15.			其中: 仅产时接受艾滋病检测产妇数		
16.			仅产时艾滋病检测阳性产妇数		
17.			艾滋病感染产妇总数		
18.			艾滋病感染产妇所生活产数		
19.		梅毒	孕产期接受梅毒检测产妇数		
20.			其中: 孕早期接受梅毒检测产妇数		
21.			孕早期梅毒检测阳性产妇数		
22.			其中: 仅产时接受梅毒检测产妇数		
23.			仅产时梅毒检测阳性产妇数		
24.			梅毒感染产妇总数		
25.			梅毒感染产妇所生活产数		
26.		乙肝	孕产期接受乙肝检测产妇数		
27.			其中: 孕早期接受乙肝检测产妇数		
28.			孕早期乙肝检测阳性产妇数		
29.			其中: 仅产时接受乙肝检测产妇数		
30.			仅产时乙肝检测阳性产妇数		
31.			乙肝感染产妇总数		
32.			乙肝感染产妇所生活产数		
33.			其中: 注射乙肝免疫球蛋白的儿童数		
34.			完成首剂乙肝疫苗接种的儿童数		
35.		非住院分娩产妇数			

填报时间:

填报人:

填报单位负责人:

填报单位(盖章):



## 2-II 艾滋病感染妇女妊娠及所生婴儿情况

### 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、活跃期停滞、产后出血、  
妊娠合并糖尿病、妊娠合并心脏病、妊娠合并乙肝、妊娠合并丙肝、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\_\_\_\_\_

分娩机构名称: \_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_

分娩胎数: 单胎、双胎、三胎、其他\_\_\_\_\_ (多胎请另附表分别填写围产儿、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、孕产妇抗病毒药物应用情况: 用药、未用药 (跳至“三、孕产妇相关检测情况”)

开始用药时间: 孕前, 时间年月日 孕期, 孕周、产时、产后

孕前: 未用药、用药, 药物名称: ++, 漏服情况: 未漏服、漏服次

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、新生儿情况”)

相关检测 检测孕周/时间	检测结果 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 孕周	检测结果 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 孕周	检测结果 孕晚期 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 孕周/ <input type="checkbox"/> 产时	检测结果 产后 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 周
病毒载量 (拷贝/ml)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
白细胞计数 ( $\times 10^9/L$ )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
总淋巴细胞计数 ( $\times 10^9/L$ )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血小板计数 ( $\times 10^9/L$ )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血红蛋白 (g/L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
谷丙转氨酶 (ALT) (u/L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
谷草转氨酶 (AST) (u/L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
总胆红素 (T.BIL) (μmol/L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
血肌酐 (μmol/L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
血尿素氮 (mmol/L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
CD4 细胞计数 (个/mm <sup>3</sup> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CD8 细胞计数 (个/mm <sup>3</sup> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 四、新生儿情况 (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

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、乙肝疫苗第一剂、卡介苗、不详

婴儿早期诊断检测 (出生后 48 小时内): 是、采血时间, 年月日时分 否

检测结果: 阴性、阳性、不确定、不详、其他\_\_\_\_\_

### 五、新生儿抗病毒药物应用情况: 用药、未用药 (跳至“报告单位(盖章)处”)

开始用药时间: 年月日时分

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): \_\_\_\_\_



## 2-III 艾滋病感染产妇及所生儿童随访情况

### 一、基本情况

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 \_\_\_\_\_  
 随访日期: 年月日 儿童月龄: 月 随访人姓名: \_\_\_\_\_

### 二、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

### 三、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 身长: 不详、.  厘米,  
 生长发育评价: 年龄别体重 上 中 下 年龄别身长 上 中 下 身长别体重 上 中 下  
 (五) 喂养方式: 纯母乳喂养、人工喂养、混合喂养、其他 \_\_\_\_\_  
 (六) 继续服用抗病毒药物:  
是 药物名称: ++, 漏服情况: 未漏服、漏服 次  
否 停药时间: 年月日  
 (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 剂)、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、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): 核酸检测、抗体筛查、免疫印迹试验 (WB)、其他 \_\_\_\_\_

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 梅毒感染孕产妇及所生婴儿个案登记卡 (保密)

\_\_\_\_\_省(自治区、市) \_\_\_\_\_县(市、区)

3-I 梅毒感染孕产妇基本情况

一、基本信息

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)

联系电话: \_\_\_\_\_

既往不良妊娠结局: 无、自然流产\_\_次、死胎死产, \_\_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

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 \_\_\_\_\_

现任丈夫/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

梅毒螺旋体血清学试验方法及时间: □□□□年□□月□□日

梅毒螺旋体颗粒凝集试验(TPPA)、酶联免疫吸附试验(ELISA)

化学发光法(CLIA)、免疫层析法-快速检测(RT)、其他 \_\_\_\_\_

非梅毒螺旋体血清学试验方法及时间: 检测时间: □□□□年□□月□□日

快速血浆反应素环状卡片试验(RPR) 滴度结果: 1: □□

甲苯胺红不加热血清试验(TRUST) 滴度结果: 1: □□

其他 \_\_\_\_\_ 滴度结果: 1: □□

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)

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): \_\_\_\_\_

### 3-II 梅毒感染孕产妇及所生新生儿情况

#### 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）死胎死产（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

分娩机构名称：\_\_\_\_\_

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、孕产妇梅毒治疗情况：未治疗、治疗（选择“未治疗”跳至“三”）

苄星青霉素：

第一针 否、是 注射时间：□□□□年□□月□□日；

第二针 否、是 注射时间：□□□□年□□月□□日；

第三针 否、是 注射时间：□□□□年□□月□□日；

其他药物：普鲁卡因青霉素 头孢曲松 红霉素 其他\_\_\_\_\_

开始时间：□□□□年□□月□□日，持续治疗时间\_\_\_\_\_天

#### 三、孕产妇分娩前/孕晚期非梅毒螺旋体血清学试验检测：

未检测、检测 检测时间：□□□□年□□月□□日

快速血浆反应素环状卡片试验（RPR） 阴性、阳性，滴度：1:□□，

甲苯胺红不加热血清试验（TRUST） 阴性、阳性，滴度：1:□□，

其他\_\_\_\_\_ 阴性、阳性，滴度：1:□□，

#### 四、梅毒感染孕产妇所生新生儿情况

（一）儿童姓名：\_\_\_\_\_性别：男 女 出生体重：□□□□克 出生身长：□□□厘米

存活情况：存活 死亡，死亡原因\_\_\_\_\_，死亡时间：□□□□年□□月□□日

（二）出生后的梅毒检测方法：

非梅毒螺旋体血清学试验检测（可多选）：未检测、检测，检测时间：□□□□年□□月□□日

快速血浆反应素环状卡片试验（RPR） 阴性、阳性，滴度：1:□□，

甲苯胺红不加热血清试验（TRUST） 阴性、阳性，滴度：1:□□，

其他\_\_\_\_\_ 阴性、阳性，滴度：1:□□，

梅毒螺旋体血清学试验检测（可多选）：未检测、检测，检测时间：□□□□年□□月□□日

梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA） 阴性、阳性，

酶联免疫吸附试验（ELISA） 阴性、阳性，

免疫层析法-快速检测（RT） 阴性、阳性，

化学发光法（CLIA） 阴性、阳性，

其他\_\_\_\_\_ 阴性、阳性，

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）接受预防性治疗：否、是（选“否”，跳至“（五）梅毒感染情况”）

预防性治疗的药物名称：苄星青霉素 G 其他\_\_\_\_\_；剂量用量□□□（万 U）

预防性治疗开始时间：□□□□年□□月□□日 距分娩时间：□□□天□□小时□□分

（五）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）诊断为先天梅毒的依据：（可多选）

出生时非梅毒螺旋体血清学试验阳性，且滴度大于等于母亲分娩前滴度的4倍，梅毒螺旋体血清学试验阳性；

皮肤黏膜损害或组织标本病原学检查阳性（暗视野显微镜、镀银染色和核酸扩增实验）；

梅毒螺旋体 IgM 抗体检测阳性。

（七）先天梅毒儿是否接受治疗：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：\_\_\_\_\_

### 3-III 梅毒感染产妇所生儿童随访情况

一、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：\_\_\_\_\_

二、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）

三、存活情况：存活、死亡，死亡原因\_\_\_\_\_，死亡时间：年月日

四、生长发育：体重：不详、. 千克， 身高：不详、. 厘米

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，骨关节炎及骨膜炎

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：

非梅毒螺旋体血清学试验检测（可多选）：未检测、检测，检测时间：年月日

快速血浆反应素环状卡片试验（RPR） 阴性、阳性，滴度：1: ，

甲苯胺红不加热血清试验（TRUST） 阴性、阳性，滴度：1: ，

其他\_\_\_\_\_ 阴性、阳性，滴度：1: ，

梅毒螺旋体血清学试验检测（可多选）：未检测、检测，检测时间：年月日

梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA） 阴性、阳性，

酶联免疫吸附试验（ELISA） 阴性、阳性，

化学发光法（CLIA） 阴性、阳性，

免疫层析法-快速检测（RT） 阴性、阳性，

其他\_\_\_\_\_ 阴性、阳性，

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、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、随访过程中先天梅毒诊断依据（可多选）

任何一次随访中非梅毒螺旋体血清学试验滴度上升 4 倍，且梅毒螺旋体血清学试验阳性；

任何一次随访中非梅毒螺旋体血清学试验由阴转阳，且梅毒螺旋体血清学试验阳性；

18 月龄前不能诊断先天梅毒的儿童，18 月龄后梅毒螺旋体血清学试验仍阳性；

九、先天梅毒诊断时间：年月日

十、先天梅毒儿是否接受治疗：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：\_\_\_\_\_

孕产妇编号: □□□□□□-□□□-□□□□-□□□  
 儿童编号: □□□□□□-□□□-□□□□-□□□□-□□

表 4-I 乙肝感染孕产妇及所生新生儿个案登记卡 (保密)

\_\_\_\_\_省 (自治区、市) \_\_\_\_\_县 (市、区)

一、基本信息

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)  
 本次妊娠的末次月经时间: □□□□年□□月□□日  
 联系电话: \_\_\_\_\_

二、孕产妇乙肝病毒相关检测情况 (用+或者-)

检测时间及孕周	检测结果				
	HBsAg	抗-HBs	HBeAg	抗-HBe	抗-HBc
□□孕周□天					

HBV DNA(IU/ml): \_\_\_\_\_, 注: HBV DNA 结果需填写具体数值

三、孕产妇孕期接受抗病毒治疗情况: □用药 开始用药时间, □□孕周□天 □未用药

药物: □替诺福韦 □替比夫定 □拉米夫定 □其他, \_\_\_\_\_

四、分娩日期: □□□□年□□月□□日, 分娩孕周□□周+□天

五、分娩方式: □自然分娩、□阴道助产、□择期剖宫产、□急诊剖宫产、□不详

六、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 \_\_\_\_\_

分娩机构名称: \_\_\_\_\_

七、新生儿情况 (如有多个活产婴儿, 请分别附表填写婴儿基本情况及接种情况)

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: □男、□女

出生体重: □□□□克 出生身长: □□□厘米 出生时间□□□□年□□月□□日□□时□□分

存活情况: □存活、□死亡, 死亡原因 \_\_\_\_\_, 死亡时间: □□□□年□□月□□日

八、第一针乙肝疫苗接种情况: □接种、□未接种 (填写完原因后, 跳至“九”), 原因 \_\_\_\_\_

接种时间: □□□□年□□月□□日□□时□□分、□不详

疫苗种类: □重组酵母、□重组 CHO 接种剂量: □10µg、□20µg、□其他, \_\_\_\_\_

九、乙肝免疫球蛋白注射情况: □12小时内注射、□>12小时注射 □未注射, 原因 \_\_\_\_\_

注射时间: □□□□年□□月□□日□□时□□分 □不详

注射剂量: □100IU、□其他, \_\_\_\_\_

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-II 乙肝感染产妇所生婴儿随访卡 (保密)

\_\_\_\_\_省 (自治区、市) \_\_\_\_\_县 (市、区)

一、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: \_\_\_\_\_

二、儿童随访情况: (产妇 HBV DNA  $\geq 2 \times 10^5$  IU/ml 或 E 抗原阳性的暴露儿童填写, 如有多个活产婴儿, 请分别附表)

(一) 随访机构名称: \_\_\_\_\_

(二) 随访情况: 未随访 随访 已失访, 失访原因 \_\_\_\_\_ (儿童在满 15 月龄前不报告失访)

(三) 存活情况: 存活、 死亡, 死亡原因 \_\_\_\_\_, 死亡时间: □□□□年□□月□□日

(四) 生长发育: 体重: 不详、 □□.□□ 千克, 身长: 不详、 □□.□ 厘米

(五) 乙肝疫苗接种情况:

剂次	接种情况				
	是接种	接种时间	接种剂量	疫苗种类	接种单位
第二剂 <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	□□□□年□□月□□日 <input type="checkbox"/> 不详	<input type="checkbox"/> 10 $\mu$ g、 <input type="checkbox"/> 20 $\mu$ g、 <input type="checkbox"/> 其他_	<input type="checkbox"/> 重组酵母、 <input type="checkbox"/> 重组 CHO	
第三剂 <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	□□□□年□□月□□日 <input type="checkbox"/> 不详	<input type="checkbox"/> 10 $\mu$ g、 <input type="checkbox"/> 20 $\mu$ g、 <input type="checkbox"/> 其他_	<input type="checkbox"/> 重组酵母、 <input type="checkbox"/> 重组 CHO	
第四剂 <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	□□□□年□□月□□日 <input type="checkbox"/> 不详	<input type="checkbox"/> 10 $\mu$ g、 <input type="checkbox"/> 20 $\mu$ g、 <input type="checkbox"/> 其他_	<input type="checkbox"/> 重组酵母、 <input type="checkbox"/> 重组 CHO	

备 注 (非必填) \_\_\_\_\_

(六) 乙肝病毒感染血清学标志物检测:

未检测, 原因: \_\_\_\_\_, 检测, 检测单位: \_\_\_\_\_

检测时间: □□□□年□□月□□日, 检测方法: 酶联免疫吸附试验、 化学发光法 胶体金 其他, \_\_\_\_\_

检测结果: HBsAg: 阳性、 阴性 不详 其他, \_\_\_\_\_

抗-HBs: 阳性, \_\_\_\_\_ mIU/ml、 阴性 不详 其他, \_\_\_\_\_

报告单位 (盖章): \_\_\_\_\_ 报告医生: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_ 填报日期: □□□□年□□月□□日

备注: \_\_\_\_\_

# 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作报表

## 填表说明

### 一、填报要求

1. 该表为月报表，统计每月第一天至当月最后一天的数据。
2. 月报表中提及的产妇是指 $\geq 28$ 孕周分娩，包括 $\geq 28$ 孕周引产者；活产儿是指孕满28周或体重达到1000克及以上的新生儿，出生时具有心跳、呼吸、脐带搏动、随意肌收缩4项生命征象之一者。
3. 婚前保健部分由婚前保健机构填报，孕期部分由提供孕期保健服务机构填报，预防母婴传播服务部分由助产机构填报，非住院分娩部分由区县妇幼保健机构填报。
4. 所有数据以相关登记或信息系统记录为依据。
5. 既往感染者按本次妊娠最早接受检测的时期统计。
6. 同一个孕产妇多次检测的，计1人。

### 二、指标解释

1. 接受婚前保健人数：指在婚前保健机构接受婚前医学检查服务的人数，分别填报男性和女性人数。
2. 其中接受艾滋病检测人数：指接受婚前医学检查服务的人群中接受艾滋病检测的人数，分别填报男性和女性人数。
3. 其中艾滋病感染人数：指接受艾滋病检测的婚前医学检查人群中，确认艾滋病病毒感染的人数，分别填报男性和女性人数。
4. 接受初次产前保健的孕妇数：指本次妊娠中第一次接受孕期保健服务的孕妇人数。
5. 接受艾滋病检测孕妇数：指在孕期接受过艾滋病检测的孕妇总人数。
6. 其中艾滋病感染孕妇数：指所有在艾滋病补充试验结果为阳性的孕妇数，无论其妊娠结局如何。
7. 接受梅毒检测孕妇数：指所有接受梅毒检测的孕妇人数。
8. 其中梅毒感染孕妇数：指所有在孕期诊断梅毒感染的孕妇，无论其妊娠结局如何。
9. 接受乙肝检测孕妇数：指当月所有接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测的孕妇人数。
10. 其中乙肝感染孕妇数：指所有在孕期诊断乙肝感染的孕妇人数，无论其妊娠结局如何。
11. 住院分娩产妇数：指在本机构住院分娩的产妇总人数。
12. 孕产期接受艾滋病检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕期和产

时接受过艾滋病检测的人数。

13. 其中孕早期接受艾滋病检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕早期（孕早期指妊娠 12<sup>+</sup>周之前）接受艾滋病检测的人数。（辖区妇幼保健机构负责对本地区助产机构的孕早期检测相关数据原始登记进行质控）

14. 孕早期艾滋病检测阳性产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕早期检测，并诊断为阳性的人数。

15. 其中仅产时接受艾滋病检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中，孕期未接受艾滋病检测，仅在分娩时接受该检测的人数。

16. 仅产时艾滋病检测阳性产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕期未接受艾滋病检测，仅在住院分娩时才接受该检测，且艾滋病补充试验检测阳性的产妇人数。

17. 艾滋病感染产妇总数：指在本机构住院分娩的产妇中确诊为艾滋病感染的人数。

18. 艾滋病感染产妇所生活产数：指在本机构住院分娩的确诊为艾滋病感染的产妇所分娩的活产儿人数。

19. 孕产期接受梅毒检测产妇数：指在本机构住院分娩产妇中，其孕期和产时接受过梅毒检测的人数。

20. 其中孕早期接受梅毒检测产妇数：指在本机构住院分娩的产妇中，其在孕早期接受过梅毒检测的人数。

21. 孕早期梅毒检测阳性产妇数：指在本机构住院分娩的产妇中，其在孕早期诊断为梅毒感染的人数。

22. 其中仅产时接受梅毒检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中，孕期未接受梅毒检测，仅在住院分娩时接受该检测的人数。

23. 仅产时梅毒检测阳性产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕期未接受梅毒检测，仅在住院分娩时才接该检测，且诊断为梅毒感染的产妇人数。

24. 梅毒感染产妇总数：指本机构住院分娩产妇中诊断为梅毒感染的人数。

25. 梅毒感染产妇所生活产数：指本机构住院分娩的梅毒感染产妇所生的活产儿人数。

26. 孕产期接受乙肝检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕期和产时接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测的人数。

27. 其中孕早期接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕早期接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测的人数。



28. 孕早期乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测阳性产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕早期乙肝病毒表面抗原阳性的人数。

29. 其中仅产时接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测产妇数：指本机构住院分娩产妇中，孕期未接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测，仅在住院分娩时接受该检测的人数。

30. 仅产时乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测阳性产妇数：指本机构住院分娩产妇中在孕期未接受乙肝病毒血清标志物（乙肝病毒表面抗原或两对半）检测，仅在住院分娩时才接受该检测，且乙肝病毒表面抗原阳性的人数。

31. 乙肝感染产妇总数：指本机构住院分娩产妇中诊断为乙肝感染的人数。

32. 乙肝感染产妇所生活产数：指本机构住院分娩的乙肝感染产妇所生的活产儿人数。

33. 其中注射乙肝免疫球蛋白的儿童数：指乙肝感染产妇所生儿童中注射乙肝免疫球蛋白的人数。

34. 完成首剂乙肝疫苗接种的儿童数：指乙肝感染产妇所生儿童中注射乙肝疫苗的人数。

35. 非住院分娩产妇：指由三级妇幼保健网络获取的机构外分娩产妇人数。

## 艾滋病、梅毒、乙肝感染孕产妇及所生婴儿登记卡（保密）填卡说明

1. 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）。

2. 本登记卡中，未标明“多选”的选择题，一律为“单选”。

3. 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。

4. 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。

5. 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。

6. 儿童编号：前4段编号（即编号的前16位）与感染孕产妇/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。

表2 艾滋病感染妇女及所生儿童个案登记卡（保密）

### 2-I 艾滋病感染妇女基本情况

（表3-I、4-I的感染妇女基本信息填写要求参见此说明）

#### 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。

**联系电话：**填写能联系到孕产妇本人的联系方式

## 二、艾滋病病毒感染相关情况

**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。

**既往确诊艾滋病病毒感染时所处的时期：**请在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**确诊艾滋病病毒感染时期：**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。

**本次接受艾滋病检测服务所处的时期：**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。

**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。

**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。

### 三、丈夫/性伴情况

**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。

**HIV 检测结果:**请在相应选项前划“√”。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。

**嫖娼:**是指以金钱、财物为媒介,与他人发生不正当性关系的行为。

**同性性行为:**指与同性之间的性行为。

**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。

## 2-II 艾滋病毒感染妇女妊娠及所生婴儿情况

### 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 $\leq 3$ 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。未产检者填99，产检孕周不详者填98。

**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。

**分娩机构名称：**请填写分娩机构的具体名称。

**产科操作：**请在相应选项前划“√”，若选择其他，请详细说明。

**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20周后胎儿在子宫内死亡；死产指，胎儿在娩出过程中死亡，死产是死胎的一种；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。

**药物名称：**请填写应用药物的缩写名称，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。分孕前、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“√”。分孕前、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“√”。若“未检测”，跳至“四、新生儿婴儿情况”处。

**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。

## 四、新生儿情况

如分娩多个活产婴儿，请另附该表分别填写婴儿基本情况及用药情况。

**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。

**存活情况：**请在相应选项前划“√”。若新生儿死亡，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“√”。

**婴儿早期诊断检测（出生后 48 小时内）：**请在相应选项前划“√”。尽量填写进行早期诊断的具体时间（鼓励在出生后 48 小时内完成）。

**检测结果：**请在相应选项前划“√”。

## 五、新生儿抗病毒药物应用情况

如分娩多个活产婴儿，请另附该表分别填写婴儿基本情况及用药情况。

请根据新生儿应用抗病毒药物的情况，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。

## 2-III 艾滋病感染产妇及所生儿童随访情况

要求在儿童满 1、3、6、9 (8)、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。

### 一、基本情况

**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。

**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。

### 二、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。

### 三、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, ( $\geq -2s \sim < 2s$ ), 评价为中; 等于或高于 2 个标准差 ( $\geq 2s$ ), 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。

**继续服用抗病毒药物：**请在相应选项前划“√”。如继续服用，请填写应用药物的3位缩写名称。常用药物缩写如前所述。如停药，请填写停药的具体时间。

**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。

**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“报告单位”。

**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。

**本次随访期间 HIV 检测方法（可多选）：**在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**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 梅毒感染孕产妇及所生婴儿个案登记卡（保密）

表 3- I 梅毒感染孕产妇登记卡

### 一、基本情况（人口学基本信息参见 2-I 艾滋病感染妇女基本情况）

**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 $\leq 3$  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。

### 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。

**现任丈夫/性伴目前的梅毒感染状态：**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

**梅毒螺旋体血清学试验实验方法及时间：**请根据本次接受梅毒螺旋体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）、化学发光法（CLIA）、免疫层析法-快速检测（RT）或其他检测方法，同时填写检测方法的检测时间。

**非梅毒螺旋体血清学试验方法及时间：**请根据本次接受非梅毒螺旋体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。

**暗视野显微镜梅毒螺旋体检测：**请在相应的选项前划“√”。

**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 - II 梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡

### 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。死胎指，妊娠 20 周后胎儿在子宫内死亡；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。

**分娩机构名称：**指胎儿娩出的医疗机构。

**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 20 周后胎儿在子宫内死亡；死产指，胎儿在娩出过程中死亡，死产是死胎的一种；新生儿七天内死亡（即早期新生儿死亡）指，活产儿在出生后未滿 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、孕产妇梅毒治疗情况

请根据孕产妇应用治疗梅毒药物治疗的情况，在相应选项前划“√”。若“未治疗”，跳至“三、孕产妇分娩前/孕晚期非梅毒螺旋体血清学试验检测”处。

**用药详细信息：**

**苄星青霉素第一针：**请在相应的选项前划“√”，填写第一针开始用药的时间（具体的年月日）。

**第二针：**填写方法同第一针的填写方法。

**第三针：**填写方法同前所述。

**其他用药：**在相应的药物名称前划“√”，如有其他，请填写药物名称。

**开始时间：**填写开始用药时间（具体的年月日）。

**持续时间：**从药物开始治疗时间算起，治疗期间无间隔的天数。

## 三、孕产妇分娩前/孕晚期非梅毒螺旋体血清学试验检测

**孕产妇分娩前/孕晚期非梅毒螺旋体血清学试验检测：**填写梅毒感染孕产妇在分娩前/孕晚期接受非梅毒螺旋体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。
- 出生后的梅毒检测方法:** 包括非梅毒螺旋体血清学试验检测、梅毒螺旋体血清学试验检测、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。梅毒感染产妇所生婴儿选用的检测方法应跟母亲的一致。
- 梅毒螺旋体血清学试验检测:** 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。
- 接受预防性治疗:** 请在相应选项前划“√”。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”。
- 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、诊断为先天梅毒的依据”和“七、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。
- 诊断为先天梅毒的依据 (可多选):** 请在相应选项前划“√”。
- 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。

**备注:**

表 3-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。

**儿童姓名、性别与出生日期:** 与表 3-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。

**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:** 包括非梅毒螺旋体血清学试验检测、梅毒螺旋体血清学试验检测、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。

**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。

**随访过程中先天梅毒诊断依据 (可多选):** 请仔细阅读各个选项, 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。

**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。

#### 表 4 乙肝感染孕产妇及所生婴儿个案登记卡 (保密)

##### 4-I 乙肝感染孕产妇及所生新生儿个案登记卡

**基本情况 (人口学基本信息参见 2-I、艾滋病感染妇女基本情况)**

**孕产妇乙肝病毒相关检测情况:** 请填写孕产妇孕期第一次接受乙肝病毒检测的结果及检测孕周; 孕周自本次妊娠末次月经时间开始计算。HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe 及抗-HBc 阳性结果用“+”表示, 阴性结果用“-”表示。HBV DNA 载量请按照本登记卡要求的检测结果单位填写相应的数值。

**孕产妇孕期接受抗病毒治疗情况:** 在相应选项前划“√”。若“未用药”, 跳至“四、本次妊娠末次月经时间”处。若“用药”, 请填写开始用药的孕周并在相应的药物名称前划“√”, 如选择其他, 请详细说明。

**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。

**分娩地点：**请在相应选项前划“√”。若选择其他，请具体说明。

**分娩机构名称：**请填写分娩机构的具体名称。

**新生儿情况：**如分娩多个新生儿，请另附该表分别填报。

**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。

**出生日期：**请填写婴儿出生的日期，具体填报到时分。

**存活情况：**请在相应选项前划“√”。如乙肝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。

**第一针乙肝疫苗接种情况：**请在相应选项前划“√”。若“未接种”，说明原因并跳至“九、乙肝免疫球蛋白注射情况”处。若“接种”，请填写接种日期，要求填写具体至时分；并在接种的疫苗种类和接种剂量前划“√”，接种剂量如选择其他，请详细说明。

**乙肝免疫球蛋白注射情况：**在相应选项前划“√”。若“未注射”，说明原因。若“注射”，请填写注射日期，要求填写具体至时分；并勾选或详细注明注射剂量。

#### 4-II 乙肝感染产妇所生婴儿随访卡

##### 一、基本信息

**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4-I婴儿出生日期一致。

**联系电话：**填写方法同前。

**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。

##### 二、儿童随访情况

**随访机构名称：**请填写感染孕产妇所娩儿童随访的医疗卫生机构的名称。

**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。如在儿童满12月龄后的3个月内每月随访1次、连续随访3次均未随访到任何信息，则报告已失访（儿童在满15月龄前不能报告失访），并填写失访原因。

**存活情况：**请在相应选项前划“√”。如乙肝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。

**生长发育:** 请按登记卡单位填写相应的数值。

**乙肝疫苗接种情况:** 分别记录第二、第三、第四剂乙肝疫苗接种的时间、接种剂量、接种种类及接种单位。

**乙肝病毒感染血清学标志物检测:** 请在相应选项前划“√”，若“未检测”，请填写原因并跳至“报告单位(盖章)”处；若“检测”，请详细填写检测单位。

**检测时间:** 请填写儿童乙肝病毒感染血清学标志物检测的日期。

**检测方法:** 请在相应选项前划“√”，如选“其他”，请详细填写检测方法。

**检测结果:** 请在相应选项前划“√”，如选“其他”，请详细填写检测结果。

**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。