

## 艾滋病、梅毒和乙肝感染孕产妇 所生儿童转诊及随访工作要求

### 一、艾滋病感染孕产妇所生儿童

在非传染病专科医院分娩的 HIV 感染产妇所生儿童应由分娩机构转诊前采集足跟血完成首次儿童 HIV 早期诊断。填写转诊卡转诊至北京地坛医院儿科，保障儿童 6 小时内尽早开始服用抗病毒药物。若 6 小时内无转诊条件，立刻由分娩机构 6 小时内予以抗病毒药物。

传染病专科医院负责暴露儿童随访工作，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，负责收集随访信息，填写随访卡。

### 二、梅毒感染孕产妇所生儿童

在非传染病专科医院出生即需按先天梅毒治疗的儿童应立即填写转诊卡，并及时转诊至北京地坛医院儿科或解放军总医院第五医学中心新生儿疾病诊疗与研究中心，保障儿童 48 小时内尽快接受治疗。传染病专科医院负责对上述儿童进行随访服务，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，负责收集随访信息，填写随访卡。

对出生时无需按先天梅毒治疗的儿童，由分娩机构定期检测和随访，以及时诊断或排除先天梅毒；若分娩机构不具有儿童检测和随访的能力，需在完成儿童预防性治疗后，填

写转诊卡，转诊至北京地坛医院儿科、北京佑安医院感染中心门诊性病艾滋病临床诊疗中心或解放军总医院第五医学中心新生儿疾病诊疗与研究中心，分娩机构嘱儿童3个月时首次就诊，并及时填写随访卡底单。由随访机构（分娩机构或接收转诊机构）定期检测和随访，以及时诊断或排除先天梅毒。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，负责收集随访信息，填写随访卡。对随访过程中诊断的先天梅毒儿童及时给予转诊或进行规范治疗并上报先天梅毒感染信息。

### 三、乙肝感染孕产妇所生儿童

对于孕中、晚期血清 HBV DNA  $\geq 2 \times 10^5$  IU/ml 或 HBeAg 阳性（未按要求行 HBV DNA 定量检测）母亲所生儿童，由分娩机构在儿童完成最后剂次乙肝疫苗接种后 1-2 个月及时进行乙肝病毒表面抗原和表面抗体检测，以明确预防母婴传播干预效果。分娩机构负责收集随访信息，填写随访卡。

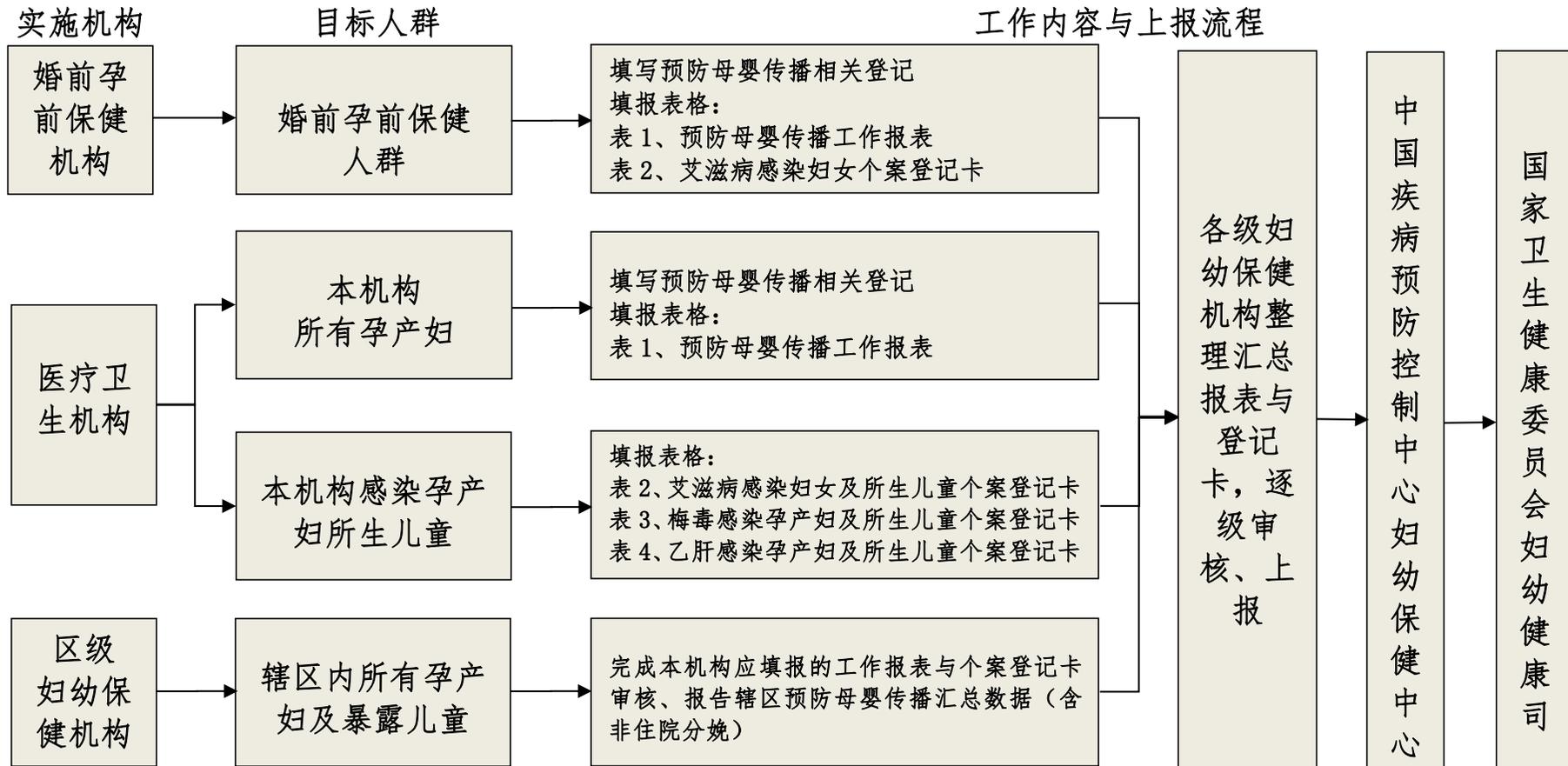
对于孕期所有病毒载量检测均  $< 2 \times 10^5$  IU/mL 的乙肝感染母亲所生儿童，由分娩机构嘱其在儿童完成最后剂次乙肝疫苗接种后 1-2 个月及时进行乙肝病毒表面抗原和表面抗体检测。对接受检测的儿童，应及时出具检验结果报告，交由家长保存。在至基层医疗卫生机构进行儿童体检时，将检查结果交至儿童保健科医生，医生在 15 个工作日内将结果录入北京市妇幼信息系统。

基层医疗卫生机构儿童保健科体检医生积极鼓励母亲 HBV DNA  $< 2 \times 10^5$  IU/mL 的儿童家长参加北京市疾病预防控

制中心组织的乙肝母婴阻断监测，免费进行血清学标志物检测。若儿童参加该项目检测，直接将检测结果录入北京市妇幼保健网络信息系统。

# 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 (见表1)。

1. **报告对象:** 所有婚前孕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) 上报至本辖区的区级妇幼保健机构。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。于每季度第一个月底前完成本区各类预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表的审核、汇总与网络报告, 并按要求上报至北京妇幼保健院。

(二) 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播个案卡 (见表2—表4)。

1. **报告对象:** 所有诊断为艾滋病感染的婚/孕检妇女、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 (未按要求行 HBV DNA 定量检测) 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。

加强孕 20 周-孕 28 周艾滋病和梅毒感染孕产妇信息收集及管理。

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。

HIV感染孕产妇未按要求完成预防母婴传播措施及梅毒感染孕产妇所生儿童分娩时即诊断为先天梅毒，需24h内电话上报各区妇幼保健院，区妇幼保健院尽快上报北京市妇幼保健院。

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，区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。

针对急诊临产HIV感染孕产妇未按要求行预防母婴传播干预措施及分娩后即诊断先天梅毒的儿童，医疗机构应24小时内将个案上报至辖区妇幼保健院，各区妇幼保健院应尽快上报至北京市妇幼保健院。

( )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.		艾滋病感染人数	男:	女:	
4.	孕 前 检 测	接受孕前保健人数	男:	女:	
5.		其中:接受艾滋病检测人数	男:	女:	
6.		艾滋病感染人数	男:	女:	
7.	孕 期 检 测	接受初次孕产期保健的孕妇数			
8.		接受艾滋病检测孕妇数			
9.		其中:艾滋病感染孕妇数			
10.		接受梅毒检测孕妇数			
11.		其中:梅毒感染孕妇数			
12.		接受乙肝检测孕妇数			
13.		其中:乙肝感染孕妇数			
14.	孕 产 期 检 测 与 干 预	住院分娩产妇数			
15.		艾 滋 病	孕产期接受艾滋病检测产妇数		
16.			其中:孕早期接受艾滋病检测产妇数		
17.			孕早期艾滋病检测阳性产妇数		
18.			其中:仅产时接受艾滋病检测产妇数		
19.			仅产时艾滋病检测阳性产妇数		
20.			艾滋病感染产妇总数		
21.			艾滋病感染产妇所生活产数		
22.		梅 毒	孕产期接受梅毒检测产妇数		
23.			其中:孕早期接受梅毒检测产妇数		
24.			孕早期梅毒检测阳性产妇数		
25.			其中:仅产时接受梅毒检测产妇数		
26.			仅产时梅毒检测阳性产妇数		
27.			梅毒感染产妇总数		
28.		梅毒感染产妇所生活产数			
29.		乙 肝	孕产期接受乙肝检测产妇数		
30.			其中:孕早期接受乙肝检测产妇数		
31.			孕早期乙肝检测阳性产妇数		
32.			其中:仅产时接受乙肝检测产妇数		
33.			仅产时乙肝检测阳性产妇数		
34.			乙肝感染产妇总数		
35.			乙肝感染产妇所生活产数		
36.			其中:注射乙肝免疫球蛋白的儿童数		
37.			完成首剂乙肝疫苗接种的儿童数		
38.		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 □□孕周、□□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：□□孕周、□□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 □□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
病毒载量（拷贝/ml）	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
白细胞计数（×10 <sup>9</sup> /L）	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
总淋巴细胞计数（×10 <sup>9</sup> /L）	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
血小板计数（×10 <sup>9</sup> /L）	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
血红蛋白（g/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/mm <sup>3</sup> ）	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
CD8 细胞计数（个/mm <sup>3</sup> ）	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□

**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）：\_\_\_\_\_

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

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 身高: 不详、 □□.□□ 厘米,  
生长发育评价: 年龄别体重 上 中 下 年龄别身高 上 中 下 身高别体重 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): \_\_\_\_\_



### 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：

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

### 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，身长：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-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					接种单位					
	是接种	接种时间			接种剂量		疫苗种类				
第二剂	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	□□	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	□□	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	□□	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，孕前保健部分由孕前保健机构填报，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/孕前保健人数：指在婚前孕前保健机构接受婚前孕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：指接受婚前孕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孕前医学检查人群中，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：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>周</sup>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受该检测，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/孕检妇女、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：**请填写孕产妇/婚检/孕检妇女现居住地址，具体到门牌号。
- 户口所在地：**请填写孕产妇/婚检/孕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/孕前检查的妇女怀孕，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。

**最可能的艾滋病毒病毒感染途径：**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/孕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≤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。

## 北京市传染病专科医院接诊疾病 类型及科室

疾病类型		医院名称	接诊科室
艾滋病	HIV 感染孕产妇转诊	北京地坛医院	皮肤性病科
		北京佑安医院	感染中心门诊 (性病艾滋病门诊)
	HIV 抗体检测结果“不确定”孕妇产核酸检测	北京地坛医院	皮肤性病科
		北京佑安医院	性病艾滋病门诊
	HIV 垂直暴露新生儿	北京地坛医院	儿科
	HIV 垂直暴露儿童随访 (3月龄开始)	北京地坛医院	儿科
北京佑安医院		感染中心门诊 (性病艾滋病门诊)	
梅毒	梅毒感染孕产妇转诊	北京地坛医院	皮肤性病科
		北京佑安医院	感染中心门诊 (性病艾滋病门诊)
		解放军总医院 第五医学中心	妇产科
	需按先天梅毒治疗方案 给予治疗的新生儿	北京地坛医院	儿科
	梅毒垂直暴露儿童随访 (3月龄开始)	北京地坛医院	儿科
		北京佑安医院	感染中心门诊 (性病艾滋病门诊)
解放军总医院 第五医学中心		儿科	
乙肝	乙肝感染孕产妇	北京地坛医院	妇产科
		北京佑安医院	产科
		解放军总医院 第五医学中心	妇产科