



دستور العمل اجرایی نحوه ارائه خدمات در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

کمیته تدوین
(به ترتیب حروف الفبا)

هسته تدوین:

دکتر سید رامین رادفر

دکتر کتایون طایری

دکتر هنگامه نامداری تبار

گروه مشورتی و ویرایش:

لیلا رجایی، زهرا رجب پور، سعیده زاهد انارکی، دکتر مریم سرگلزایی مقدم، سارا شریعتمدار
دکتر نوشین فهیم فر، دکتر کیانوش کمالی، دکتر مرجان مشکوتی، دکتر پندار نوایی و پریسا مبشری

زیر نظر:

دکتر محمد مهدی گویا

دکتر عباس صداقت

با تشکر از:

کارشناسان ایدز و بیماریهای آمیزشی، مسئولین مراکز مشاوره کلیه دانشگاه های
علوم پزشکی و همکاران پروژه گلوبال فاند مستقر در مرکز مدیریت بیماریها
سرکار خانمها دکتر نرگس محمد رضایی، دکتر پندار نوایی، تکتم خجسته، پریسا مبشری
نازنین حیدری و آقای حامد صفری ساری یارقان که ما را در غنی سازی این مجموعه
یاری داده اند.

به نام خدا

دستور العمل اجرایی نحوه ارائه خدمات در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
دکتر سید رامین رادفر، دکتر کتایون طاهری و دکتر هنگامه نامداری تبار

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

یادداشت

موضوع

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

۱۰۰۰ جلد

شمارگان

چاپ اول
بیماریهای رفتاری
دستور العمل اجرایی نحوه ارائه خدمات در مراکز مشاوره
دکتر سید رامین رادفر، دکتر کتایون طاهری، دکتر هنگامه نامداری تبار
لیلا رجایی، زهرا رجب پور، سعیده زاهد انارکی، دکتر مریم سرگلزایی مقدم، سارا شریعتمدار
دکتر نوشین فهیم فر، دکتر کیانوش کمالی، دکتر مرجان مشکوتی، دکتر پندار نوایی و پریسا مبشری
دکتر محمد مهدی گویا، دکتر عباس صداقت
معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، برنامه عمران سازمان ملل متحد
Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
United Nations Development Programme



این کتاب با حمایت مالی صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا و با سفارش، حمایت و نظارت فنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده است. مسئولیت فنی کلیه مطالب این کتاب به عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده و چاپ و انتشار آن لزوماً به معنی تاییدیه رسمی یا غیر رسمی این مطالب توسط صندوق جهانی مبارزه با سل، ایدز و مالاریا و یا دفتر برنامه عمران سازمان ملل متحد نمی باشد.

“The views described herein are the views of the Ministry of Health, and do not represent the views or opinions of the UNDP and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, expressed or implied by the UNDP and Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.”



دستور العمل اجرایی
نحوه ارائه خدمات در
مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

فهرست

صفحه	موضوع
بخش اول - کلیات	
۸	مقدمه
۹	تعریف مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
۹	اهداف مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
۹	رئوس فعالیتها
۱۲	زیرساختهای مورد نیاز
۱۳	شرح وظایف
بخش دوم - استانداردهای فعالیت های اجرایی مراکز مشاوره	
۱۸	مقدمه
۲۰	۱. پذیرش مراجعین و تشکیل پرونده
	۲. مشاوره:
۲۵	۲-۱- مشاوره قبل از آزمایش
۲۸	۲-۲- آزمایش تشخیصی HIV
۳۰	۲-۳- مشاوره بعد از آزمایش
۳۳	۲-۴- مشاوره روانشناختی/ اجتماعی و حمایتی در بیماران HIV ⁺
۳۶	۲-۵- مشاوره و جلب حمایت خانواده و اطرافیان
۳۹	۳. آموزش
۴۱	۴. واکسیناسیون
۴۳	۵. ارزیابی افراد HIV ⁺ از نظر مرحله بیماری
۴۷	۶. آزمایش های دوره‌ای



صفحه	موضوع
۵۰	۷. کنترل بیماری سل
۵۰	۷-۱- ارزیابی سل در افرادی که با سل زندگی می کنند
۵۳	۷-۲- پروفیلاکسی سل
۵۵	۷-۳- درمان سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند
۵۹	۸. کنترل عفونت های فرصت طلب
۶۰	۸-۱- پروفیلاکسی PCP
۶۱	۸-۲- پروفیلاکسی عفونت های قارچی
۶۳	۸-۳- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها
۷۲	۹. درمان ضد رتروویروسی (ARV)
۷۹	۱۰. درمان ضد رتروویروسی در بیماران مقاوم به درمان
۸۲	۱۱. پیشگیری انتقال از مادر به کودک
۸۲	۱۱-۱- خدمات تنظیم خانواده
۸۴	۱۱-۲- اقدامات لازم برای مادران باردار
۸۸	۱۱-۳- اقدامات لازم برای نوزاد متولد از مادر باردار
۹۱	۱۲. خدمات کاهش آسیب
۹۱	۱۲-۱- ارائه سرنگ و سوزن
۹۳	۱۲-۲- ارائه کاندوم
۹۷	۱۳. تغذیه
۹۹	۱۴. تشخیص و درمان سندرمیک بیماری های مقاربتی
۱۰۱	۱۵. مراقبت در منزل افرادی که با HIV زندگی می کنند



صفحه	موضوع
۱۰۳	۱۶. پیشگیری پس از تماس
۱۰۶	۱۷. ارجاع
۱۰۷	۱۸. اقدامات حمایتی
۱۰۹	ضمیمه ۱- نحوه برخورد با مشکلات شایع در HIV بدون توجه به مرحله بیماری
۱۰۹	۱. کاهش وزن
۱۱۰	۲. افت پلاکت
۱۱۱	۳. اختلالات عصبی (نوروپاتی) و درد
۱۱۵	۴. اسهال حاد
۱۱۶	ضمیمه ۲- جدول مراجعات گروه‌های هدف مختلف برای دریافت خدمات
۱۱۸	ضمیمه ۳- جدول آزمایش‌های مورد نیاز
۱۲۲	منابع
۱۲۳	اختصارات



بخش اول:

کلیات



مقدمه:

سلامتی را از ارزشمندترین نعمت های خداوند و شکرانه این موهبت الهی را صیانت و تلاش در جهت تأمین و ارتقاء آن می‌دانیم از سویی برخورداری از سلامتی حق مسلم افراد جامعه است که باید با سیاستگزاری صحیح و اصولی مسئولین امر و اجرای دقیق مجریان تحقق یابد. بدیهی است که این امر مانند دیگر ضروریات حیات اجتماعی انسان ها در گرو مشارکت مسئولانه و متعهدانه کلیه آحاد جامعه دست یافتنی خواهد بود و در این میان مقابله با اپیدمی HIV/AIDS به نوعی به حرکتی جهانی تبدیل شده است. در اکثر مناطق دنیا، سه گروه از افراد بیش از دیگران در معرض آسیب ناشی از عفونت و ابتلا به HIV قرار دارند که شامل شاغلین جنسی، مردان هم‌جنس باز و معتادان تزریقی می‌باشند. در سراسر دنیا قوانین مدنی، انگ اجتماعی و جرم منجر به سلب حق دخالت در تصمیم گیری های اجتماعی برای گروه‌های در معرض آسیب و خصوصاً برای افراد مبتلا به HIV شده است. در صورتی که شرکت این افراد در برنامه های پیشگیری در بعضی نقاط، بعنوان موثرترین اجزاء در جلوگیری از انتشار و توقف HIV خواهند بود. استراتژی‌های مؤثر در کاهش HIV در گروه‌های فوق باید دارای سه جزء کلیدی باشد:

۱. شناسایی و انجام مداخلات مؤثر در جهت ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی
۲. تضمین برخورداری آنان از خدمات بهداشتی درمانی برابر با سایر مردم
۳. احترام گذاردن به حقوق انسانی اساسی آنان

فراهم سازی شرایط فوق عملاً در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری امکان پذیر خواهد بود. توجه به توانایی ها و استعداد های این گروه‌ها برای پیشبرد برنامه‌های مبارزه با ایدز ضروری است. این رویکرد پیشگیری با دیدگاه مشتری مدار یک اولویت مهم در پیشبرد برنامه های مبارزه با HIV است. در این جا مشتری در مرکز اقدامات پیشگیرانه قرار دارد و طبعاً کارایی و علاقه مندی سیاستمداران و مسئولین در اجرای برنامه های مراکز مشاوره بسیار مؤثر خواهد بود. با توجه به محدودیت معانی و انگ اجتماعی کلماتی چون افراد در معرض خطر و یا رفتار پرخطر که در واقع به تدریج جای خود را به فرد خطرناک داد، لازم است با دیدگاهی عمیق تر به این افراد بنگریم. آنچه باید در این خصوص مد نظر قرار گیرد توجه به شرایط و عوامل محیطی این گروه‌هاست که آنان را در معرض ارتکاب به این رفتارها قرار داده است (نظیر پنهان کردن روابط جنسی و تزریق مخدر، هرگونه اجبار در روابط جنسی بدون کاندوم و ...). از این رو واژه گروه‌های آسیب پذیر مطرح شد. این آسیب پذیری ناشی از فشارهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. طبق تعریف UNAIDS منظور از خطر، احتمال ابتلا یک فرد به HIV است که می‌تواند بستگی به عملکرد او، میزان آگاهی او و عملکرد دیگران داشته باشد که مثال آن تزریق ماده مخدر با سرنگ آلوده یا تماس جنسی ناسالم با شرکاء جنسی متعدد است. آسیب پذیری نسبت به HIV بیانگر ناتوانی فرد یا محیط در کنترل عوامل خطر عفونت HIV است. فقر، تبعیض جنسیتی، واکنش های فردی نسبت به مشکلات شخصی و بحران های اجتماعی، مثال‌های مختلف فاکتورهای اجتماعی - اقتصادی هستند که میتوانند آسیب پذیری فرد را بیشتر کنند. در یک برنامه موفق پیشگیری و کنترل اپیدمی باید (risk) رفتارهای پر خطر و نیز آسیب‌پذیری (vulnerability) افراد مد نظر قرار گیرد. در این راستا در تدوین اقدامات و خدمات ارائه شده در مرکز مشاوره باید به جنبه های فرهنگی / اجتماعی افراد با در نظر گرفتن نیازها و حقوق فردی آنان توجه کرد.



تعریف مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری:

مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری، مراکزی هستند که قابلیت ارائه خدمات آموزشی، مشاوره، مراقبت و درمان و پیشگیری، کاهش آسیب را به افراد در معرض بیشترین خطر ابتلا و مبتلایان به HIV و مبتلایان به بیماریهای مقاربتی را داشته باشند. وجود مشاور دوره دیده و امکان دسترسی به متخصص عفونی شرط لازم برای راه اندازی این مراکز می باشد.

اهداف مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری:

۱. فراهم نمودن امکان دسترسی عموم مردم جامعه به مکانی مطمئن جهت کسب اطلاعات در خصوص راههای انتقال و پیشگیری بیماری
۲. فراهم نمودن امکان دسترسی گروههای در معرض بیشترین خطر ابتلا به خدمات آموزشی، مشاوره، تشخیص HIV، کاهش آسیب و مراقبت و درمان بیماریهای مقاربتی
۳. فراهم نمودن امکان دسترسی مبتلایان به HIV و خانواده آنها به خدمات آموزشی، مشاوره، مراقبت و درمان و کاهش آسیب
۴. افزایش امکان دسترسی مبتلایان به بیماریهای مقاربتی به خدمات آموزش، مشاوره، مراقبت و درمان و کاهش آسیب
۵. افزایش امکان دسترسی افراد در مواجهه شغلی به خدمات تشخیصی و پیشگیری از ابتلا به HIV

گروههای هدف گیرنده خدمت در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری:

۱. داوطلبین مشاوره
۲. گروههای در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV (مصرف کنندگان تزریقی مواد، افراد دارای روابط جنسی غیر ایمن)
۳. مبتلایان به HIV و خانواده آنها
۴. مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
۵. افراد در معرض مواجهه شغلی

رئوس فعالیت های انجام شده در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری:

- داوطلبین مشاوره:
 - آموزش
 - مشاوره پیش و پس از آزمایش و تست تشخیصی HIV
 - ثبت و گزارش دهی
- گروه در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV:
 - آموزش
 - مشاوره پیش و پس از آزمایش و تست تشخیصی HIV
 - کاهش آسیب شامل توزیع وسایل تزریق یا متادون و توزیع کاندوم



- مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی
- ارجاع به سطوح تخصصی
- ارجاع به مراکز حمایتی مرتبط
- تشکیل گروه‌های همیار
- ثبت و گزارش دهی
- مبتلایان به HIV:
 - آموزش
 - مشاوره
 - معاینات بالینی
 - خدمات پاراکلینیک و ارزیابی‌های دوره ای جهت ابتلا به سل، عفونت‌های فرصت طلب
 - پیشگیری از ابتلا به سل و عفونت‌های فرصت طلب
 - درمان سل و سایر عفونت‌های فرصت طلب
 - مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی
 - واکسیناسیون
 - تنظیم خانواده
 - مراقبت‌های زمان بارداری و پیشگیری از انتقال مادر به کودک
 - درمان ضد رتروویروسی
 - کاهش آسیب شامل توزیع وسایل تزریق یا متادون و توزیع کاندوم
 - مراقبت در منزل
 - ارجاع به سطوح تخصصی
 - ارجاع به مراکز حمایتی مرتبط
 - تشکیل گروه‌های همیار
 - ثبت و گزارش دهی
- خانواده مبتلایان به HIV:
 - آموزش
 - مشاوره
 - مشاوره پیش و پس از آزمایش و تست تشخیصی HIV
 - تنظیم خانواده
 - ارجاع به مراکز حمایتی مرتبط
 - ثبت و گزارش دهی



- مبتلایان به بیماریهای مقاربتی:
 - آموزش
 - مشاوره پیش و پس از آزمایش و تست تشخیصی HIV
 - کاهش آسیب شامل توزیع وسایل تزریق یا متادون و توزیع کاندوم
 - مراقبت و درمان بیماریهای مقاربتی
 - پیگیری و مراقبت شرکاء جنسی
 - ثبت و گزارش دهی
- افراد در معرض مواجهه شغلی ویروس:
 - آموزش
 - مشاوره
 - مشاوره پیش و پس از آزمایش و تست تشخیصی HIV در صورت لزوم
 - پروفیلاکسی داروئی
 - پیگیری وضعیت ابتلا به HIV پس از پروفیلاکسی داروئی
 - ثبت و گزارش دهی



توجه به نکات ذیل در راه اندازی مراکز و پایگاه های مشاوره از اهمیت ویژه ای برخوردار است:

۱. به منظور جلوگیری از ایجاد حساسیت در بین مردم و عبور و مرور راحت تر داوطلبین و بیماران، لازم است کلیه مراکز مشاوره، در داخل مراکز بهداشتی - درمانی و ترجیحاً در مراکزی که بیشترین تردد را داشته و خدمات بیشتری ارائه می دهند راه اندازی شوند و از جداسازی آنان از سیستم بهداشتی خودداری شود. این اقدام نقش مهمی در کاهش انگ در مراجعین خواهد داشت.
۲. تنها مراکزی مجوز ارائه خدمات مشاوره را دارند که پرسنل شاغل در آن مراکز دوره های آموزشی مشاوره را گذرانده باشند.
۳. سایر پرسنل غیر مرتبط با مرکز مشاوره در مراکز بهداشتی - درمانی مذکور نیز بایستی آموزش لازم در خصوص نحوه برخورد با افراد مبتلا و افراد آسیب پذیر را دریافت دارند.
۴. بهتر است در مراکز و پایگاه های مشاوره، خدمات مشاوره ای و آموزشی در خصوص سایر بیماری ها (سل، بیماری های غیر واگیر مانند تالاسمی، دیابت، فشار خون و...) نیز ارائه شود.
۵. مراکز به گونه ای انتخاب گردند که امکان دسترسی افراد به آنان به راحتی امکان پذیر باشد و حداقل امکانات رفاهی برای مراجعین در مرکز وجود داشته باشد.
۶. کلیه خدمات ارائه شده در این مراکز رایگان می باشد.
۷. اطلاعات مربوط به بیماران کاملاً محرمانه است.

زیر ساخت های لازم جهت فعالیت های مرکز:

- فضای فیزیکی: مرکز مشاوره باید در محلی ایجاد شود که از نظر وسعت و شرایط فیزیکی، نور، پاکیزگی و ... قابل قبول باشد. در بهترین شرایط باید دارای اتاق پزشک، اتاق مشاوره روانشناسی، اتاق مشاوره گروهی، اتاق مددکار اجتماعی، اتاق مامایی، اتاق مراقبت و پیگیری، محلی برای نگهداری پرونده ها و مدارک پزشکی بیماران و سایر مراجعین، محلی برای نگهداری داروها و تجهیزات مرکز، اتاق مشاوره تلفنی (Hot Line)، اتاق خونگیری، اتاق استراحت پرسنل (آبدارخانه) باشد. کلیه اتاق ها باید مجهز به تجهیزات لازم باشد.
- چارت سازمانی: مرکز رفانس مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری فقط در شهرستان مرکز استان (شهرستان محل استقرار دانشگاه، دانشکده علوم پزشکی) به تعداد یک مرکز ایجاد می شود و ردیف سازمانی از ردیف های مرکز بهداشت شهرستان می باشد.



• پرسنل مرکز :

بر حسب جمعیت تحت پوشش شهرستان به دو گروه با پرسنل متفاوت تقسیم می‌شود :

↪ شهرستان های با جمعیت بالای ۲۰۰۰۰۰ نفر:

- ☆ پزشک ۲ نفر یکی متخصص عفونی
- ☆ کارشناس / کاردان بهداشت عمومی ۱ نفر
- ☆ کارشناس بهداشت روانی (با الویت روانشناس بالینی)، ۱ نفر
- ☆ مددکار اجتماعی، ۱ نفر
- ☆ متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی، ۱ نفر
- ☆ دندانپزشک عمومی
- ☆ ماما، ۱ نفر
- ☆ راننده، ۱ نفر
- ☆ خدمتگزار، ۱ نفر

↪ شهرستان های با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰۰ نفر:

- ☆ پزشک مشاور، ۱ نفر
- ☆ کارشناس / کاردان بهداشت عمومی ۱ نفر
- ☆ کارشناس بهداشت روانی (با الویت روانشناس بالینی) و مددکار، ۱ نفر
- ☆ متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی، ۱ نفر
- ☆ ماما، ۱ نفر
- ☆ راننده (در صورت امکان)، ۱ نفر
- ☆ خدمتگزار، ۱ نفر

شرح وظایف پرسنل مرکز مشاوره:

پزشک عمومی : پزشک عمومی که به عنوان مسئول مرکز نیز خواهد بود باید دوره دیده بوده و کارگاه های مشاوره و مراقبت و درمان بیماران را گذرانده باشد. در صورت ارائه متادون در مرکز، باید در کارگاه درمان سوء مصرف مواد با آگونیست های افیونی نیز شرکت کرده باشد.

شرح وظایف پزشک شامل :

- مشاوره و آموزش داوطلبین اختیاری مشاوره
- ارجاع جهت انجام آزمایش HIV
- انجام معاینات بالینی و گرفتن شرح حال از بیماران HIV و معاینات دوره ای
- ثبت اطلاعات بیماران در پرونده



- ارجاع جهت انجام آزمایشات تشخیصی و دوره ای
- تجویز دارو و درمان ART (پس از تأیید متخصص عفونی)
- تجویز دارو و درمان عفونت های فرصت طلب (با نظر متخصص عفونی)
- درمان سندرومیک STI
- ارجاع به سطوح تخصصی
- مشاوره، مراقبت و درمان مورد نیاز موارد آسیب های شغلی با HIV
- مشارکت در تشکیل و برگزاری کلاس های آموزشی و مشاوره گروهی
- انجام مشاوره کاهش آسیب جهت تغییر الگوی مصرف مواد در معتادان تزریقی
- ارجاع به مراکز ترک اعتیاد
- ارزیابی، معاینات و تجویز متادون در مراکزی که MMT دارند
- آموزش گروه های همسان (Peer)
- نظارت و تأیید آمار ارائه شده در مرکز (گزارشات ۳ ماهه مرکز مشاوره از نظر کلیه فعالیت های مراقبتی و درمانی مرکز) به سطوح مربوطه
- سرپرست تیم مراقبت در منزل

پزشک متخصص عفونی: لازم است Focal Point عفونی، کارگاه مراقبت و درمان HIV/AIDS را گذرانده باشد.

شرح وظایف:

- معاینه موارد ارجاع شده از مرکز مشاوره (مشاوره عفونی)
- تصمیم گیری جهت شروع درمان و یا پروفیلاکسی سل و سایر عفونت های فرصت طلب
- شروع درمان ARV در بیماران
- تغییرات رژیم درمانی بنا به ضرورت
- معاینات دوره ای افراد تحت درمان ARV

کارشناس بهداشت روانی: باید دوره دیده بوده و در کارگاه مشاوره تخصصی مرتبط با HIV آموزش دیده باشد.

شرح وظایف:

- اختصاص کد به مراجعین
- مشاوره و آموزش داوطلبین اختیاری مشاوره
- مشاوره اختصاصی با مبتلایان به HIV (مشاوره در بحران، تصمیم گیری، حل مشکل)
- تشکیل کلاس های آموزشی و مشاوره گروهی جهت مبتلایان به HIV
- مشاوره خانواده و تشکیل کلاس های آموزشی ویژه خانواده های بیماران
- تشکیل گروه های همیار از بین مبتلایان به HIV/AIDS



- استفاده از وسایل کمک آموزشی و سمعی بصری در کلاس های آموزشی
- مشاوره ساخت رفتار سالم در مراجعین
- انجام مشاوره کاهش آسیب جهت تغییر الگوی مصرف مواد در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر
- تشکیل و هدایت هسته های آموزشی
- آموزش گروه های همسان (Peer)
- مراقبت در منزل برای افرادی که قادر به مراجعه به مرکز نیستند

مددکار اجتماعی: باید دوره دیده بوده و در کارگاه مشاوره تخصصی مرتبط با HIV آموزش دیده باشد:

- مشاوره و آموزش داوطلبین اختیاری مشاوره
- مشاوره اختصاصی با مبتلایان به HIV (مشاوره در بحران، تصمیم گیری، حل مشکل)
- تشکیل کلاس های آموزشی و مشاوره گروهی جهت مبتلایان به HIV
- مشاوره خانواده و تشکیل کلاس های آموزشی ویژه خانواده های بیماران
- تشکیل گروه های همیار از بین مبتلایان به HIV/AIDS
- استفاده از وسایل کمک آموزشی و سمعی بصری در کلاس های آموزشی
- ارزیابی بیماران نیازمند به خدمات حمایتی
- ارجاع بیماران به سازمان های حمایت کننده دولتی و غیر دولتی (کمیته امداد، هلال احمر و ...)
- تشکیل جلسات با مسئولین NGO های حمایتی در جهت جلب حمایت آنان
- مراقبت در منزل برای افرادی که قادر به مراجعه به مرکز نیستند
- تخصیص و تقسیم کمک های حمایتی در بین بیماران

کارشناس / کاردان مامایی: لازم است در کارگاه درمان سندرومیک STI شرکت کرده باشد در کارگاه مشاوره تخصصی مرتبط با HIV آموزش دیده باشد.

شرح وظایف:

- مشاوره و آموزش داوطلبین اختیاری مشاوره
- معاینه زنان با سابقه تماس جنسی ناسالم و یا با علائم بیماری های آمیزشی
- معاینه دوره ای زنان HIV^+
- انجام دوره ای پاپ اسمیر در زنان HIV^+
- ارائه خدمات تنظیم خانواده
- آموزش، توصیه و پیگیری استفاده از کاندوم
- ارجاع بیماران به سطوح تخصصی در صورت نیاز



کارشناس / کاردان بهداشت عمومی: لازم است در کارگاه مشاوره تخصصی مرتبط با HIV آموزش دیده باشد.
شرح وظایف:

- مشاوره و آموزش داوطلبین اختیاری مشاوره
- دریافت گزارش موارد جدید بیماری از منابع گزارش (انتقال خون و ...)
- پیگیری فعال و دعوت موارد شناسایی شده به مرکز و همچنین مواردی که تأخیر مراجعه دارند
- مراقبت در منزل برای افرادی که قادر به مراجعه به مرکز نیستند
- واکسیناسیون بیماران
- تشکیل کلاس های آموزشی و مشاوره گروهی جهت مبتلایان به HIV
- مشاوره خانواده و تشکیل کلاس های آموزشی ویژه خانواده های بیماران
- تشکیل گروه های همیار از بین مبتلایان به HIV/AIDS
- استفاده از وسایل کمک آموزشی و سمعی بصری در کلاس های آموزشی
- ارائه مواد آموزشی (پمفلت) به مراجعین
- مراقبت در منزل برای افرادی که قادر به مراجعه به مرکز نیستند

مسئول تزریقات و نمونه گیری: این فرد می تواند بهیار، پرستار و یا فرد دوره دیده ای باشد که مهارت تزریقات و نمونه گیری را داشته باشد.

شرح وظایف:

- تحویل دارو و سرنگ
- تزریقات و پانسمان در موارد مورد نیاز
- نمونه گیری و ارسال نمونه به آزمایشگاه
- پیگیری پاسخ نمونه های ارسالی

متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی:

شرح وظایف:

- تشکیل پرونده جهت بیماران HIV/AIDS
- ثبت مشخصات مراجعین در دفتر مراجعات روزمره
- پذیرش مراجعین، تحویل کارت مخصوص هدایت آن ها به واحد های مربوطه
- بایگانی پرونده بیماران و مراجعین
- ثبت اطلاعات و خدمات ارائه شده به بیماران در کامپیوتر
- جمع آوری آمار ماهیانه از کلیه اقدامات مرکز مشاوره



بخش دوم

استانداردهای فعالیت های اجرایی مراکز مشاوره بیماری های رفتاری



مقدمه

این بخش مشتمل بر استاندارد اجرایی خدماتی است که در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارائه می شود. این خدمات عبارتند از:

۱. پذیرش مراجعین و تشکیل پرونده
۲. مشاوره :
 - اختصاص کد شناسایی به مراجع
 - مشاوره قبل و بعد از آزمایش و آزمایش تشخیصی HIV
 - مشاوره روان‌شناختی/ اجتماعی و حمایتی در بیماران HIV^+
 - مشاوره و جلب حمایت خانواده بیماران
۳. آموزش
۴. واکسیناسیون
۵. ارزیابی بیمار به منظور تعیین مرحله بیماری
۶. آزمایش های دوره ای
۷. کنترل بیماری سل:
 - ارزیابی بیمار از نظر ابتلا به سل
 - پروفیلاکسی سل
 - درمان سل
۸. کنترل عفونت های فرصت طلب:
 - پروفیلاکسی PCP
 - پروفیلاکسی بیماری های قارچی
 - درمان عفونت های شایع فرصت طلب
۹. درمان ARV



۱۰. درمان ضد رتروویروسی در بیماران مقاوم به درمان

۱۱. پیشگیری انتقال از مادر به کودک:

- خدمات تنظیم خانواده
- اقدامات لازم برای مادران باردار
- اقدامات لازم برای نوزاد متولد از مادر باردار

۱۲. خدمات کاهش آسیب:

- ارائه سرنگ و سوزن
- درمان نگهدارنده با متادون
- ارائه کاندوم

۱۳. تغذیه

۱۴. تشخیص و درمان سندرمیک بیماری های مقاربتی

۱۵. مراقبت در منزل از افرادی که با HIV زندگی می کنند

۱۶. پیشگیری پس از تماس

۱۷. ارجاع

۱۸. اقدامات حمایتی

ضمیمه ۱- نحوه برخورد با مشکلات شایع در HIV بدون توجه به مرحله بیماری

۱. کاهش وزن
۲. افت پلاکت
۳. اختلالات عصبی (نوروپاتی)
۴. اسهال حاد

ضمیمه ۲- جدول مراجعات گروه های هدف مختلف برای دریافت خدمات

ضمیمه ۳- جدول آزمایشهای مورد نیاز



جدول ۱-۱ پذیرش مراجعین و تشکیل پرونده	
واجدین شرایط دریافت خدمت	کلیه مراجعین به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
توصیف خدمت	در این خدمت نکات ذیل مد نظر است: <ul style="list-style-type: none"> تشکیل پرونده جهت ثبت خدمات ارائه شده برای هر فرد ثبت مراجعین جهت تعیین بار مراجعات و تعداد افراد مراجعه کننده به هر مرکز
نحوه ارائه خدمت	<p>۱. پذیرش</p> <p>الف- پذیرش مراجعین جدید</p> <ul style="list-style-type: none"> ثبت مراجع: <p>کلیه داوطلبین و مراجعین که برای اولین بار و یا تکراری به مرکز مراجعه می کنند باید ثبت شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> صدور کارت: <p>برای هر مراجع کارت مخصوصی صادر می شود که لازم است در هر مراجعه به مرکز به همراه داشته باشد</p> <ul style="list-style-type: none"> تشکیل پرونده اولیه: <p>در اولین مراجعه فرد پرونده ای شامل فرم شماره ۱ برای وی تشکیل می شود. این فرم توسط مسئول پذیرش در پرونده مراجع قرار داده شده و مراجع جهت گرفتن کد به مشاور ارجاع می گردد.</p> <ul style="list-style-type: none"> تکمیل پرونده: <p>مراجع جهت دریافت کد، تکمیل پرونده و ثبت مشخصات فردی با پرونده اولیه به مشاور مراجعه می کند (نحوه ی کد دهی بصورت کامل در جدول ۲ - ۱ توضیح داده شده است) در صورتی که فرد HIV^+ باشد و یا در ادامه روند مشاوره و آزمایش داوطلبانه دارای تست مثبت شود بنا به نظر مشاور سایر فرم های مورد نیاز در پرونده بیمار گذارده شده و مراجع توسط مشاور به واحدهای مربوطه ارجاع می شود.</p> <p>ب- پذیرش مراجعین تکراری</p> <ul style="list-style-type: none"> ثبت مراجع: <p>کلیه داوطلبین و مراجعین که برای اولین بار و یا تکراری به مرکز مراجعه می کنند باید در دفتر ثبت مراجعین روزانه ثبت شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> هدایت مراجعین: <p>بر اساس علت مراجعه فرد صورت گرفته و مراجع به واحد مربوطه هدایت می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> تحویل پرونده: <p>مراجع با دریافت فرم خام پرونده به واحد مورد نظر (پزشک، مشاور، ...) ارجاع می شود پرونده ها شامل موارد زیر می باشد؛</p>



جدول ۱-۱ پذیرش مراجعین و تشکیل پرونده	
<ul style="list-style-type: none"> • بایگانی پرونده ها: • پس از دریافت خدمات در واحدهای مربوطه، پرونده مراجع توسط پرسنل واحد به پذیرش عودت داده می شود. • پرونده مراجعین بر اساس کد ثبت شده، توسط مسئول پذیرش بایگانی می شود. 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت مراجعات روزانه افراد در دفتر پذیرش • کارت کد دار بیمار(در اولین مراجعه) 	ثبت
<p>مرکز :</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد موارد مراجعین جهت دریافت خدمات مراقبت و درمان HIV به تفکیک جدید و تکراری بصورت ماهیانه • تعداد بار مراجعه جهت دریافت خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه به تفکیک جدید و تکراری <p>دانشگاه :</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد موارد مراجعین جهت دریافت خدمات مراقبت و درمان HIV به تفکیک جدید و تکراری بصورت ماهیانه • تعداد بار مراجعه جهت دریافت خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه به تفکیک جدید و تکراری 	گزارش دهی
	منابع



جدول ۲-۱: نحوه کدهای به مراجعین				
<p>تعیین کد مراجع: برای هر مراجع کد مشخصی تعیین می شود که در کارت وی، دفتر پذیرش و پرونده بیمار ثبت می شود و پس از آن فرد با کد مذکور شناسایی خواهد شد. نحوه اختصاص کد به مراجعین: ۱- اگر فردی برای اولین بار به یک مرکز مراجعه نموده و در گذشته نیز به هیچ مرکزی مراجعه نداشته است: کدی که به فرد تعلق می گیرد مشتمل است بر دو رقم اول کد دانشگاه / دو رقم دوم کد مرکز مشاوره / دو رقم بعدی سال اولین مراجعه فرد / چهار رقم بعدی نشان دهنده این است که در اولین مراجعه این فرد چندمین مورد جدید در آن سال بوده است.</p>				<p>نحوه ارائه خدمت</p>
□□	□□	□□	□□□□	□□□
کد دانشگاه	کد مرکز مشاوره در آن دانشگاه	سال اولین مراجعه فرد به آن مرکز	اولین مراجعه این فرد چندمین مورد جدید در آن سال	کد دانشگاهی که فرد از آنجا ارجاع شده است در مواردی که شخص از مرکز دیگری ارجاع نشده است این خانه ها خالی می مانند
<p>۲- در صورتی که فردی به عنوان مورد مثبت از محلی گزارش شود ولی خود فرد به مرکز مراجعه نکرده باشد (غیر فعال): باید به آن فرد نیز کد تعلق یابد تا در شمارش موارد مثبت شناسایی شده محسوب گردد. بدین منظور این امر فقط در مرکز مشاوره مرجع دانشگاه (که از قبل توسط دانشگاه تعیین می شود) انجام گرفته و مرکز مرجع موظف است تا با پر کردن خانه هایی که به منظور نشان دادن غیر فعال بودن فرد در نظر گرفته شده است، فرد غیر فعال را از سایر افراد پرونده دار مشخص نماید. این امر با علامت گذاری در ستون غیر فعال مشخص می شود. در صورتی که فردی به مرکز مشاوره ای مراجعه نماید و اظهار کند که در گذشته تشخیص HIV برای او گذاشته شده ولی خودش مراجعه نداشته است باید با مرکز مرجع تماس حاصل کرده و بر اساس تطابق مشخصات فردی، کد اختصاص یافته قبلی به فرد مشخص گردد. لازم به ذکر است که فرد مراجع همانند بیمار جدید از مرکزی که به آن مراجعه کرده است کد دریافت می نماید و حتماً کد غیر فعال اختصاص یافته در مرکز مرجع نیز وارد پرونده جدید می گردد و زمان گزارش این فرد، هر دو کد با هم گزارش می گردند تا احتمال دوباره شماری کاهش یابد. در ضمن کد جدید فرد حتماً به اطلاع مرکز مرجع رسانده شود.</p>				



<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"/>
کد دانشگاه	کد مرکز مشاوره در آن دانشگاه	سال اولین مراجعه فرد به آن مرکز	چندمین مورد جدید در سال در اولین مراجعه در آن مرکز	در صورتی که فرد شناسایی شده خود به مرکز مراجعه نکرده باشد (غیر فعال)، این قسمت با نوشتن حرف i (به عنوان In Active) علامت گذاری می‌گردد

بدیهی است ببدیهی است در مرکز مشاوره مرجع باید دفتری وجود داشته باشد تا مشخصات افراد غیرفعال گزارش شده در آن ثبت شود.

۳- اگر فردی از یکی از مراکز مشاوره به مرکز شما ارجاع شده است:

مشابه حالت اول به فرد کد اختصاص می‌یابد، با این تفاوت که در این موارد، حتماً خانه مربوط به ارجاع علامت گذاری شده و کد دانشگاهی که فرد از آنجا ارجاع شده است نوشته شود.

<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"/>
کد دانشگاه	کد مرکز مشاوره در آن دانشگاه	سال اولین مراجعه فرد به آن مرکز	چندمین مورد جدید در سال در اولین مراجعه به آن مرکز	کد دانشگاهی که فرد از آنجا ارجاع شده است در مواردی که شخص از مرکز دیگری ارجاع شده است بصورت کد دانشگاه ارجاع دهنده R+ پر می‌شود

- در موارد مهاجرت فرد جدید به داخل مرکز، باید هرچه سریعتر با مرکز ارجاع دهنده تماس حاصل نموده و کپی پرونده مراجع را درخواست نمایید. به محض دریافت پرونده قبلی، کد مربوط به آن مرکز در پرونده جدید مراجع درج گردد تا کد اولیه فرد مشخص شود. در این حالت می‌توان مشخص نمود که فرد با چه کدی وارد شده و در حال حاضر دارای چه کد جدیدی می‌باشد.
- فرد مهاجر از زمان ورود به مرکز شما جزو بیماران شما محسوب شده و باید از مرکز شما گزارش شود.



<p>در ضمن ورود بیمار باید حتماً به اطلاع مرکز ارجاع دهنده برسد تا از لیست بیماران آن مرکز حذف شده و از دوباره شماری فرد اجتناب گردد.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • تکمیل قسمت مشخصات فردی ثابت در فرم مشخصات فردی توسط مشاور • تکمیل قسمت مشخصات خانواده در فرم مشخصات فردی توسط مشاور • تکمیل قسمت مشخصات فردی متغیر در فرم مشخصات فردی توسط مشاور (این قسمت در حین مشاوره پر می شود) • تکمیل قسمت مهاجرت در فرم مشخصات فردی توسط مشاور 	<p>ثبت</p>
	<p>گزارش دهی</p>



جدول ۲- خدمات مشاوره	
جدول ۱-۲- استانداردهای مشاوره پیش از آزمایش	
<p>۱. داوطلبین مشاوره</p> <ul style="list-style-type: none"> • گروه های در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV (مصرف کنندگان تزریقی مواد، افراد دارای روابط جنسی غیر ایمن و همسر آنان) • خانواده مبتلایان به HIV • مبتلایان بیماری های مقاربتی • افراد در معرض مواجهه شغلی (پس از مواجهه) • زنان باردار که پس از ارزیابی خطر کاندید آزمایش هستند. 	<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p>
<p>مشاوره قبل از آزمایش:</p> <p>هدف از این مشاوره اتخاذ تصمیم مناسب جهت انجام آزمایش تشخیصی HIV است که باید توسط مراجع و مشاور انجام شود.</p> <p>این مشاوره شامل ۵ قسمت مهم به شرح ذیل است که طی فرآیند مشاوره، مشاور باید به تمام آنها بپردازد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ارزیابی خطر ۲. ارزیابی اطلاعات مراجع در خصوص راه های انتقال و مفاهیم ابتلا به HIV و یا بیماری ایدز ۳. ارزیابی اطلاعات مراجع و تصحیح آن در خصوص مفاهیم مرتبط با پاسخ آزمایش مثبت و منفی ۴. ارزیابی واکنش های احتمالی مراجع نسبت به پاسخ آزمایش ۵. ارزیابی حمایت های بیرونی مراجع <p>نکات مهم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • همیشه هدف از انجام مشاوره پیش از آزمایش، انجام آزمایش تشخیصی HIV نیست و در مواردی که ارزیابی مشاور به گونه ای است که نیاز به انجام آزمایش نمی باشد، لازم است مشاوره پیشگیرانه انجام شود. هدف از مشاوره پیشگیرانه کمک کردن به مراجعه کننده در ارزیابی میزان خطر احتمال انتقال HIV، و ایجاد تغییرات رفتاری به منظور کاهش آسیب پذیری است که با در اختیار قرار دادن اطلاعات دقیق و مناسب در مورد HIV/AIDS و کمک به مراجع در شناخت عواملی که وی را در معرض آسیب قرار می دهد میسر است. • آموزش یکی از ارکان مهم مشاوره پیشگیرانه است و باید به موارد ذیل در آن توجه شود: <ul style="list-style-type: none"> ➤ در اختیار قرار دادن اطلاعات دقیق و مناسب در مورد HIV/AIDS ➤ کمک به مراجع در شناخت عواملی که وی را در معرض آسیب قرار می دهد نظیر مصرف الکل و مواد مخدر، تماس های جنسی محافظت نشده با شرکاء جنسی متعدد، داشتن یک شریک جنسی که او روابط متعدد با دیگران دارد و ... 	<p>توصیف خدمات</p>



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۱-۲- استانداردهای مشاوره پیش از آزمایش	
<p>➤ به مراجع کمک کنید که بتواند با تصمیم به تغییرات رفتاری، میزان آسیب پذیری خود را در برابر HIV کاهش دهد.</p> <p>➤ توصیه و تأکید بر استفاده از کاندوم های مردانه و زنانه و آموزش Safe Sex</p> <p>➤ دادن اطلاعات کافی در مورد دسترسی به مشاوره و آزمایش اختیاری HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره پیش از آزمون باید در مورد تمامی داوطلبین انجام آزمایش HIV ارائه شود و بدون مشاوره قبل از آزمایش فرد جهت انجام آزمایش ارجاع نشود. • از آنجا که تشخیص به هنگام ابتلا به HIV در مادران باردار نقش مهمی در پیشگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد دارد لازم است که این مشاوره در برنامه های مراقبت از زنان باردار نیز گنجانده شود. • در مواردی که فرد با برگه درخواست آزمایش به دستور یک پزشک یا درخواست شریک جنسی مراجعه می نماید نیز لازم است قبل از ارجاع جهت آزمایش ضمن تعیین علت درخواست آزمایش فرد باید تحت مشاوره پیش از آزمایش قرار گیرد. • انجام آزمون HIV یک تصمیم بزرگ است و فرد باید به تبعات آن کاملاً آگاه باشد. اگر فرد نسبت به آزمون آگاهی کافی ندارد و یا واقعاً راضی به انجام آن نیست، نباید انجام شود. • تأکید در مورد محرمانه بودن مشاوره و نتایج آزمایش نقش مهمی در روند مشاوره دارد. بسیار مهم است که مراجعه کننده از محرمانه ماندن مشاوره و نتیجه آزمون اطمینان حاصل کند. • توجه به عوامل شخصی که منجر به آسیب پذیری فرد در برابر این بیماری می شود در روند پذیرش نتایج نقش مهمی دارد. • مراجع باید برای دریافت نتیجه آزمون، اعم از این که مثبت یا منفی باشد آماده باشد. و اگر این آمادگی حاصل نشده است، انجام آزمایش باید به تعویق افتاده و جلسات مشاوره قبل از آزمایش تکرار شود. • عوامل شخصی که منجر به آسیب پذیری فرد در برابر این بیماری شده است را یافته و در پی کاستن آن ها باشید. • اعلام جنبه های مختلف حمایت اجتماعی و زندگی مثبت و مهارت های زندگی در یک فرد HIV^+ نقش مهمی در موفقیت مشاوره های بعدی مانند مشاوره پس از آزمایش دارد. • ترغیب مراجع جهت دریافت خدمات کاهش آسیب در این فاز از مشاوره لازم است. باید همیشه در نظر داشت که ممکن است این تنها فرصتی باشد که مراجع به مرکز مراجعه کرده است. • ثبت اطلاعات فردی در فرم مشاوره تنها با رضایت بیمار و تأکید بر رازداری انجام می شود. توصیه می شود مشاور ابتدا مراحل مشاوره را انجام داده و در انتها در صورت رضایت فرد اقدام به ثبت اطلاعات فردی وی نماید . 	



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۱-۲- استانداردهای مشاوره پیش از آزمایش	
نحوه ارائه خدمت	<ul style="list-style-type: none"> • پس از ورود فرد به مرکز و تشکیل پرونده اولیه، مراجع با پرونده اولیه به مشاور مراجعه می‌کند. • مشاور پس از تخصیص کد شناسایی به بیمار، اقدام به تکمیل پرونده و ثبت مشخصات فردی مراجع می‌نماید. هدف از تعیین یک کد شناسائی واحد برای هر فرد، امکان پیگیری خدمات در سطوح مختلف اعم از مرکز، استان و حتی کشور، ضمن محرمانه ماندن مشخصات فردی وی می‌باشد. • مشاوره توسط مشاور دوره دیده انجام شود.
ثبت	<ul style="list-style-type: none"> • فرم "مشخصات فردی" توسط مشاور • فرم ویژه مشاوره و آزمایش داوطلبانه توسط مشاور • دفتر ثبت مشاوره و آزمایش داوطلبانه (اگر برنامه نرم افزاری موجود باشد نیازی به ثبت این دفتر نیست) توسط مشاور
گزارش دهی	<p>مرکز: فرم گزارش موارد مشاوره داوطلبانه بصورت ماهیانه تکمیل می‌گردد.</p> <p>دانشگاه: فرم گزارش موارد مشاوره داوطلبانه بصورت هر سه ماه یکبار تکمیل و ارسال می‌گردد.</p>
منابع	<ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل کشوری مشاوره و آزمایش داوطلبانه



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۲-۲- آزمایش تشخیصی HIV	
واجدین شرایط دریافت خدمت	کلیه داوطلبین مشاوره که پس از انجام مشاوره پیش از آزمایش واجد شرایط آزمایش بوده اند
توصیف خدمات	<p>آزمایش تشخیصی :</p> <p>در صورتی که پس از مشاوره و ارزیابی خطر الزام انجام آزمایش مطرح شود، فرد جهت انجام آزمایش HIV Ab ارجاع شود. انجام آزمایش در محل مرکز مشاوره و یا آزمایشگاه‌های تعیین شده خواهد بود. جهت تشخیص HIV از روش‌های مختلف آزمایشگاهی مانند وجود آنتی ژن و آنتی بادی و ... استفاده می شود، در این بخش آزمایش استاندارد مورد نظر تأیید وجود آنتی بادی می باشد.</p> <p>وجود آنتی بادی در نمونه سرمی فرد به روش الیزا مورد ارزیابی قرار می گیرد. در صورت مثبت بودن تست دوم الیزا انجام می شود. با توجه به تشابه آنتی بادی های HIV با تعدادی دیگر از عفونت ها، لازم است برای تأیید قطعی بعد از مثبت شدن دو مرحله الیزا، یک آزمایش وسترن بلات نیز به روی نمونه ارسالی انجام شود. پس به این ترتیب تنها در صورت وجود دو نمونه مثبت الیزا و یک نمونه مثبت وسترن بلات می توان اعلام کرد فرد مبتلا به ویروس HIV است.</p> <p>از آنجا که از زمان ورود ویروس به بدن فرد مدتی طول خواهد کشید که سطح آنتی بادی در حد قابل اندازه گیری شود، لذا در یک دوره زمانی که اصطلاحاً به آن زمان پنجره گفته می شود علی رغم ابتلا فرد به HIV، تست الیزا منفی خواهد بود . طول این دوره به عوامل مختلفی مانند سیستم ایمنی بدن، حساسیت تست الیزا، عفونت های ویروسی همراه و... وابسته است. بصورت معمول و با تست‌های موجود فعلی بین ۶ هفته تا ۶ ماه ممکن است طول بکشد.</p> <p>لذا وجود یک تست منفی به تنهایی هرگز دلیل بر عدم ابتلا فرد به HIV نمی باشد.</p>
نحوه ارائه خدمت	<ul style="list-style-type: none"> • درخواست آزمایش توسط مشاور در فرم مربوطه ثبت می شود. <p>نکته بسیار مهم: با توجه به اهمیت رازداری لازم است درخواست آزمایش تنها با کد فرد به آزمایشگاه اعلام شود و از ثبت مشخصات فردی در برگه درخواست آزمایش اکیداً خودداری شود.</p> <p>در صورتی که نمونه گیری در مرکز انجام می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد با فرم درخواست به محل نمونه گیری مراجعه می نماید. • مسئول نمونه گیری موظف است پس از مراجعه فرد خدمات ذیل را انجام دهد : <ul style="list-style-type: none"> ◀ نمونه خون از فرد اخذ می گردد. ◀ پس از اخذ نمونه، رسید جهت مراجعه بعدی و اخذ جواب آزمایش به مراجع داده می شود. ◀ کد فرد و نوع آزمایش در دفتر ثبت آزمایش، درج می گردد. ◀ نمونه خون جهت انجام آزمایش الیزا و در صورت لزوم وسترن بلات به آزمایشگاه انتقال خون و یا هر آزمایشگاه دیگری که طرف قرارداد مرکز مشاوره بوده و



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۲-۲- آزمایش تشخیصی HIV	
<p>استانداردهای لازم جهت انجام این آزمایش را دارا هستند ارسال می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ پاسخ آزمایش از آزمایشگاه مربوطه اخذ می‌گردد. ◀ پاسخ آزمایش را در دفتر ثبت آزمایش درج نماید. ◀ برگه پاسخ آزمایش را به مشاور تحویل دهد. <ul style="list-style-type: none"> • مشاور موظف است: <ul style="list-style-type: none"> ◀ نتیجه آزمایش مراجع را در فرم ثبت سیر مشاوره در پرونده بیمار و دفتر ثبت مشاوره درج نماید. <p>در صورتی که نمونه گیری در مرکز انجام نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد با فرم درخواست به آزمایشگاه انتقال خون و یا هر آزمایشگاه دیگری که طرف قرارداد مرکز مشاوره بوده و استانداردهای لازم جهت انجام این آزمایش را دارا هستند مراجعه می‌کند. • فرد مسئول نمونه‌گیری موظف است با توافق قبلی حداکثر هفته‌ای یکبار به آزمایشگاه مربوطه مراجعه نماید و: <ul style="list-style-type: none"> ◀ پاسخ آزمایش را از آزمایشگاه مربوطه اخذ نماید. ◀ پاسخ آزمایش را در دفتر ثبت آزمایش درج نماید. ◀ برگه پاسخ آزمایش را به مشاور تحویل دهد. • مشاور موظف است: <ul style="list-style-type: none"> ◀ نتیجه آزمایش مراجع را در فرم ثبت سیر مشاوره در پرونده بیمار و دفتر ثبت مشاوره درج نماید. 	
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست آزمایش توسط مشاور • دفتر ثبت ارسال نمونه و دریافت پاسخ آزمایش (آزمایش‌های ارسالی و پاسخ آزمایش) توسط مسئول نمونه گیری • پاسخ آزمایش در فرم ثبت سیر مشاوره در پرونده مراجع توسط مشاور 	ثبت
<p>مرکز: فرم گزارش موارد مشاوره داوطلبانه بصورت ماهیانه تکمیل می‌گردد.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد مشاوره داوطلبانه بصورت هر سه ماه یکبار تکمیل و ارسال می‌گردد.</p>	گزارش دهی
<ul style="list-style-type: none"> • پیگیری پاسخ آزمایش‌های درخواستی از آزمایشگاه توسط مسئول نمونه گیری 	پیگیری
<ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل مشاوره و آزمایش داوطلبانه 	منابع



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۳- مشاوره پس از آزمایش	
واجدین شرایط دریافت خدمت	کلیه داوطلبین مشاوره که مورد آزمایش قرار گرفته اند
توصیف خدمات	<ul style="list-style-type: none"> مشاوره بعد از آزمایش: هرگز نباید نتیجه آزمایش HIV را بدون مشاوره پس از آزمون در اختیار فرد قرار داد و در زمان تحویل نتیجه آزمایش به مراجع باید مشاوره پس از آزمون صورت گیرد: مراحل مهم یک مشاوره پس از آزمایش شامل موارد ذیل است: <ol style="list-style-type: none"> ارزیابی مجدد اطلاعات بیمار در خصوص HIV و تفسیر نتایج آزمایش مثبت و منفی اعلام نتیجه آزمایش کمک به واکنش های روان شناختی فرد مشخص کردن احتمال تداوم رفتار مخاطره آمیز و نیاز به مراقبت پیگیرانه از قبیل خدمات روانپزشکی اعلام نتیجه آزمایش: <ul style="list-style-type: none"> وقتی نتیجه آزمایش HIV منفی باشد: به مراجع خاطر نشان کنید که زمان مناسب انجام آزمون HIV چه موقع است (توجه به دوره پنجره) و این که ممکن است برای اطمینان از نتیجه واقعی، لازم به تکرار آزمایش بعد از زمانی مشخص باشد. نکاتی که باید در مشاوره پس از آزمون مطرح شود تاکید به موارد گفته شده در بخش مشاوره است. به خاطر بسپارید که بعضی افراد ممکن است تصور کنند که یک نتیجه منفی نشان دهنده عدم آسیب پذیری و استعداد ابتلا به HIV است. یک تست منفی هرگز نباید به عنوان مجوز ادامه رفتارهایی که فرد را در معرض ابتلا به HIV قرار می دهد، تلقی شود. توصیه به استفاده از روش های کاهش آسیب در این بخش بسیار حائز اهمیت است. زمانی که نتیجه آزمایش HIV⁺ باشد: اعلام این نتیجه اغلب با واکنش های روانشناختی همراه است و لازم است علاوه بر مشاوره پس از آزمایش، مشاوره های تخصصی شامل "مشاوره در بحران" "مشاوره حل مشکل" و "مشاوره تصمیم گیری" نیز لازم است ارائه شود که در بخش مربوطه اشاره شده است. این فرد باید برای ادامه مراقبت های بالینی نیز به واحد مربوطه در مرکز ارجاع شود.
نحوه ارائه خدمت	<p>در صورتی که فرد در این مرکز مورد مشاوره قبل از آزمایش و انجام آزمایش قرار گرفته است:</p> <ul style="list-style-type: none"> در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد تکراری ثبت می شود و پرونده وی در اختیارش قرار می گیرد.



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۳-۲- مشاوره پس از آزمایش	
<ul style="list-style-type: none"> • مراجع با پرونده قبلی خود به مشاور مراجعه می کند. • مشاوره بهتر است توسط مشاوره انجام شود که مشاوره قبل از آزمایش این مراجع را انجام داده است. • پس از انجام مشاوره نکات مهم در فرم ثبت سیر مشاوره (فرم شماره سه) در پرونده بیمار ثبت می شود. • بنا به نتیجه آزمایش، فرد جهت اقدامات بعدی (کاهش آسیب، مراقبت و درمان، دریافت خدمات تخصصی مشاوره و...) به واحد مربوطه ارجاع می شود. • در صورتی که پاسخ آزمایش منفی است، توصیه به مراجعه مجدد حداقل سه ماه بعد انجام می شود. • در مراجعات بعدی فرد با پاسخ آزمایش منفی، مراحل فوق تکرار شده و خدمات ارائه شده در فرم ثبت سیر مشاوره (فرم شماره سه) ثبت می گردد. <p>در صورتی که فرد در این مرکز مورد مشاوره قبل از آزمایش قرار نگرفته است و با پاسخ آزمایشی از سایر مراکز مراجعه نموده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد جدید ثبت می شود و پرونده برای وی تکمیل می گردد. • مراجع با پرونده خود به مشاور مراجعه می کند. • مشاور پس از انجام مشاوره اولیه و برقراری ارتباط در صورت تمایل مراجع فرم اطلاعات فردی را تکمیل می نماید. • مشاور پس از انجام مشاوره نکات مهم را در فرم مشاوره (فرم شماره دو) و فرم ثبت سیر مشاوره در پرونده بیمار ثبت می کند. • بنا به نتیجه آزمایش، فرد جهت اقدامات بعدی (کاهش آسیب، مراقبت و درمان، دریافت خدمات تخصصی مشاوره و...) به واحد مربوطه ارجاع می شود. • در صورتی که پاسخ آزمایش منفی است، توصیه به مراجعه مجدد حداقل سه ماه بعد انجام می شود. • در مراجعات بعدی فرد با پاسخ آزمایش منفی، مراحل فوق تکرار شده و خدمات ارائه شده در فرم ثبت سیر مشاوره (فرم شماره سه) ثبت می گردد. 	
<ul style="list-style-type: none"> • تکمیل قسمت مشخصات فردی ثابت و مشخصات خانواده در فرم مشخصات فردی قسمت ثابت توسط مشاور در صورتی که قبلا تکمیل نشده باشد. • فرم ویژه مشاوره و آزمایش داوطلبانه توسط مشاور در صورتی که قبلا تکمیل نشده باشد. • فرم ثبت سیر مشاوره توسط مشاور • ثبت موارد مثبت در فرم گزارش دهی موارد جدید توسط مشاور 	ثبت



جدول ۲- خدمت مشاوره	
جدول ۳-۲- مشاوره پس از آزمایش	
<ul style="list-style-type: none"> • دفتر ثبت مشاوره و آزمایش داوطلبانه (اگر برنامه نرم افزاری موجود باشد نیازی به ثبت این دفتر نیست) توسط مشاور 	
<p>مرکز: فرم گزارش موارد مشاوره داوطلبانه بصورت ماهیانه تکمیل می گردد.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد مشاوره داوطلبانه بصورت هر سه ماه یکبار تکمیل و ارسال می گردد.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد جدید HIV بصورت ماهیانه تکمیل می گردد.</p>	گزارش دهی
<ul style="list-style-type: none"> • برای افراد دارای پاسخ آزمایش منفی باید توصیه شود هر سه ماه یکبار جهت تکرار مشاوره مراجعه کند در صورتی که قبلا جهت انجام پیگیری با مراجع هماهنگ شده باشد و مطابق توافق قبلی، پیگیری جهت مراجعه فرد انجام می شود. • پیگیری موارد مثبت جهت تکمیل پرونده مراقبت و درمان 	پیگیری
<ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل مشاوره و آزمایش داوطلبانه 	منابع



جدول ۲- مشاوره	
جدول ۴-۲- مشاوره روانشناختی/اجتماعی و حمایتی در بیماران HIV ⁺	
واجدین شرایط دریافت خدمت	توصیف خدمات
کلیه افرادی که با HIV/AIDS زندگی می کنند	<p>وقتی نتیجه آزمایش HIV مثبت باشد: مشاوره پس از آزمون باید به فرد در یافتن مکانیسم های انطباقی و دفاعی برای مقابله با عفونت HIV، کمک کند. مطمئن شوید که فرد برای دریافت نتیجه آزمایش آمادگی کامل را دارد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره ویژه پس از اعلام نتیجه مثبت: وضعیت روحی فرد را ارزیابی کنید، انسان ها به شیوه های مختلفی به یک تست مثبت پاسخ می دهند. به نیازها و جنبه های مختلف مراجع توجه کنید. در مورد مهارت های زندگی و استراتژی های زندگی مثبت توضیح دهید. شخصی که با پاسخ مثبت HIV مواجه شده است باید تحت حمایت عاطفی و کنترل هیجانات قرار گرفته و اطلاعات صحیح دریافت کند. • مشاوره در بحران: افرادی که تحت فشار شدید، شوک، انکار و شرایط حاد و مشکل هستند نیازمند مشاوره در بحران می باشند که بر مبنای ارزیابی شرایط بیمار و حل مسأله آمیز نیازهای اورژانسی بیمار، مراقبت از سلامتی، اجازه دادن به بیمار برای تخلیه هیجانات خود و صحبت در مورد آنها، پیدا کردن منابع حمایتی و برنامه ریزی برای داشتن جلسات منظم مشاوره صورت می گیرد. این مشاوره بر زمان حال تأکید دارد. • مشاوره حل مشکل: بر برنامه ریزی هم زمان برای پیشگیری از انتقال، روشهای مقابله با عوارض HIV و مراقبت های پزشکی متمرکز است. این مشاوره مبتنی بر حمایت عاطفی و همدلی است و به فهم طبیعت بیماری و تأثیر آن بر زندگی روزمره فرد، کسب مهارت های فردی و تغییر رفتار کمک می کند. • مشاوره در تصمیم گیری: این تصمیم گیری در مورد ایجاد تغییرات رفتاری است. مواردی چون تصمیم گیری برای افشاء بیماری به نزدیکان، موضوعات حقوقی و مالی و عاطفی در این قالب مطرح می شوند. • افشاء کردن: افشا کردن به مفهوم مجموعه اقداماتی است که بیمار انجام می دهد تا وضعیت HIV خود را به اطلاع شریک جنسی اش برساند. افشا کردن یک روند است و نه یک اتفاق و باید با یک برنامه ریزی دقیق انجام شود. زمانی که فرد HIV⁺ که تحت مشاوره مناسب نیز قرار گرفته، قادر به افشاء بیماری به شریک جنسی اش نباشد ممکن است لازم باشد که پرسنل بهداشتی با جلب رضایت بیمار، شرکاء جنسی و تزریقی وی را در جریان آلودگی وی قرار دهند. به مراجع کمک کنید که به مدت کافی در مورد این مطلب فکر کند. منابع حمایتی نظیر اقوام و دوستان وی را شناسایی کنید و در مورد اهمیت حفظ سلامت شریک جنسی اش صحبت کنید. بیمار را برای برخوردهای خصومت آمیز احتمالی آماده کنید. استفاده از تکنیک "صندلی خالی" و نقش بازی کردن راه مناسبی برای بیمار است که تمرینی برای افشاء خواهد بود.



جدول ۲- مشاوره

جدول ۲-۴- مشاوره روانشناختی/اجتماعی و حمایتی در بیماران HIV^+

<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره کاهش آسیب: $\&$ در زوج هایی که فقط یک نفر HIV^+ است: در این شرایط، شریک جنسی HIV منفی، در معرض ابتلا به ویروس بوده و از جمله افرادیست که اقدامات پیشگیرانه به دقت باید در مورد وی اعمال شود. مشاوره و توصیه به استفاده از کاندوم در این پیشگیری مؤثر است. • $\&$ در زوج هایی که هر دو HIV^+ هستند: خطر انتقال مجدد HIV (super infection) در بین زوجین همواره مطرح بوده است و به همین دلیل در این زوجین نیز توصیه می شود که از کاندوم استفاده کنند. • مشاوره تمکین به درمان: بدلیل عوارض شدید دارویی و اینکه بیماران باید تا پایان عمر داروها را مصرف کنند، پایبندی به درمان از اهمیت بسیاری برخوردار است. این کار به کمک مشاوره رفتاری، حمایت های روانی و سایر مداخلات نظیر تهیه جعبه های ویژه دارویی ممکن خواهد بود. همین اقدامات در مورد درمان های پیشگیرانه نیز باید انجام شود. وجود یک فرد حمایت کننده درمان برای بیمار در تداوم درمان نقش مهمی دارد. • کنترل استرس: افراد مبتلا به HIV و همه کسانی که به نوعی از $HIV/AIDS$ متاثر می شوند تحت فشارهای شدیدی قراردارند. آنها در مقابل فشارهای شدید شخصی، فیزیکی، روحی- روانی و مالی قرار دارند که می توان به انگ و تبعیض در مورد آنان اشاره کرد توجه به موارد زیر میتواند در کنترل استرس کمک کننده باشد: <ul style="list-style-type: none"> - شریک کردن دیگران در مشکلات - اقدام مناسب در مورد نگرانی مثل انجام آزمایش HIV - خودداری از ایجاد تغییرات خیلی بزرگ و متعدد در یک زمان - توجه کافی به سلامتی نظیر تغذیه مناسب، خواب کافی، ورزش کردن و اجتناب از نوشیدن الکل - تمرین نه گفتن و تعیین حد و مرزها <p>توصیه هایی در مورد کاهش استرس ها در منزل و محیط کار:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ صحبت کردن با دوستان ◀ آشپزی و خوردن غذا ◀ تماشای تلویزیون ◀ ورزش کردن ◀ گوش کردن به موسیقی ◀ مطالعه کتاب و روزنامه ◀ دعا کردن و تمرکز افکار ◀ اقدامات ساده ای مانند نوشیدن یک فنجان چای و یا خوردن بستنی ◀ نفس های عمیق 	
--	--



جدول ۲- مشاوره	
جدول ۲-۴- مشاوره روانشناختی/اجتماعی و حمایتی در بیماران HIV ⁺	
<p>نحوه ارائه خدمت</p> <p>پس از پذیرش، مراجع به مشاور ارجاع می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورتی که بیمار از ابتلا خود بی خبر باشد، جلسات ابتدایی مشاوره در جهت آماده سازی بیمار برای اطلاع از بیماری خود است. تعداد و تواتر جلسات توسط مشاور تعیین می شود. • باید در اولین فرصت و هرچه زودتر با اطمینان از آمادگی بیمار، نتیجه آزمایش به وی اعلام شود و مشاور باید مطمئن شود که فرد برای دریافت نتیجه آزمایش آمادگی کامل را دارد. • با اعلام نتیجه مثبت آزمایش به بیمار، مشاور باید آماده کنترل واکنش های فرد و ارائه مشاوره تخصصی HIV در مورد جنبه های مختلف زندگی وی باشد. • جلسات اولیه حداقل هفته ای ۲-۱ بار و متعاقباً ماهیانه برگزار شود • پس از مشاوره، براساس نیاز مراجع، وی به واحدهای مربوطه (خونگیری، آزمایشگاه، پزشک، ماما، ...) ارجاع می شود. • در مورد افرادی که با HIV زندگی می کنند تعیین جلسات مشاوره و زمان بندی دقیق، توسط مشاور و بر اساس شرایط روحی، جسمی و اجتماعی بیمار خواهد بود 	
<p>ثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرم ثبت سیر مشاوره توسط مشاور 	
<p>گزارش دهی</p> <p>مرکز : گزارش موارد مشاوره بصورت ماهیانه</p>	
<p>پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> • بنا به مورد نیاز. در صورتی که قبلاً جهت انجام پیگیری با مراجع هماهنگ شده باشد و مطابق توافق قبلی پیگیری جهت مراجعه فرد انجام می شود. 	
<p>منابع</p> <ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل کشوری مشاوره در مبتلایان به HIV/AIDS 	



جدول ۲- مشاوره	
جدول ۵-۲- مشاوره و جلب حمایت خانواده و اطرافیان	
<ul style="list-style-type: none"> • شرکاء جنسی افرادی که با HIV زندگی می کند • فرزندان فرد مبتلا به HIV • اعضاء خانواده فرد مبتلا به HIV • دوستان و آشنایان از جمله شرکاء تزریقی افرادی که با HIV زندگی می کنند 	واجدین شرایط دریافت خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره افشاء: <p>زمانی که فرد HIV^+ تحت مشاوره مناسب نیز قرار گرفته، و خود قادر به افشاء بیماری به شریک جنسی اش نباشد ممکن است لازم باشد که پرسنل بهداشتی پس از جلب رضایت بیمار، شرکاء جنسی و تزریقی وی و یا اعضاء خانواده اش را طی مشاوره در جریان ابتلا وی قرار دهند.</p> • آموزش: <p>– HIV/AIDS: باید اطلاعات کافی و مفید در مورد این ویروس در اختیار خانواده قرار گیرد که شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ ماهیت بیماری و خصوصیات ویروس ◀ سیر بالینی بیماری ◀ خصوصیات عفونت های فرصت طلب ◀ داروهای ضد رتروویروسی ◀ سایر داروهای مورد نیاز مبتلایان <p>مراقبت از بیمار:</p> <p>به بخش مراقبت در منزل مراجعه شود</p> <p>– حفاظت شخصی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ آموزش رفتار جنسی ایمن تر (Safer Sex Education) و ارتقاء کاندوم (Condom Promotion) ◀ آموزش شیوه های ضد عفونی وسایل تزریق ◀ آموزش استفاده از سرنگ و سوزن یکبار مصرف <p>– ضد عفونی کردن:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ شناسایی مواد مختلف ضد عفونی کننده ◀ آموزش شیوه های ضد عفونی وسایل تزریق ◀ آموزش نحوه ضد عفونی وسایل شخصی آلوده بیمار ◀ آموزش نحوه ضد عفونی سطوح • تشکیل کلاس های مشاوره گروهی خانواده: <p>موارد آموزش و مشاوره می تواند در قالب کلاس های گروهی نیز انجام شود.</p> • سایر خدمات همراه: <p>لازم است به همراه این خدمت فرد در صورت لزوم سایر خدمات از جمله موارد ذیل را دریافت نماید:</p> 	توصیف خدمات



جدول ۲- مشاوره	
جدول ۵-۲- مشاوره و جلب حمایت خانواده و اطرافیان	
<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره پیشگیرانه • مشاوره پیش از آزمون و در صورت لزوم آزمایش • مشاوره پس از آزمون 	
<p>پس از پذیرش فرد به مشاور ارجاع می شود :</p> <ul style="list-style-type: none"> • در ابتدا جلسات مشاوره فردی برای وی گذارده شده و نامبرده برای افشاء بیماری آماده می شود • پس از افشاء بیماری به همسر یا هر یک از اعضاء خانواده، جلسات مشاوره فردی تا زمان آمادگی کامل و پذیرش فرد باید ادامه یابد. • تواتر جلسات با صلاحدید مشاور و بر اساس وضعیت روحی و پذیرش فرد متفاوت بوده و توسط مشاور، برنامه ریزی و به مراجع اعلام می گردد. ممکن است لازم باشد در ابتدا جلسات با فاصله زمانی کوتاه تری و بصورت هفتگی برگزار شود. • متعاقباً جلسات مشاوره با حضور هم زمان بیمار و همسر (یا سایر اعضاء خانواده) برگزار خواهد شد. • بتدریج بیمار در جلسات گروهی که با برنامه مشخص در مرکز برگزار می شود، شرکت خواهد کرد. • جلسات گروهی بصورت جلسات با حضور افراد خانواده بیماران مرکز و یا حضور چند تن از اعضاء خانواده یک بیمار برگزار می شود. • ممکن است آموزش اطرافیان در قالب حضور جمعی در برنامه های تفریحی (نظیر کوهنوردی، برگزاری جشن ها، مسابقات ورزشی و ...) صورت گیرد • در صورت لزوم با بررسی تاریخچه مراجع، جهت انجام تست HIV طبق دستورالعمل ارجاع شود • علاوه بر برگزاری جلسات مشاوره توسط مشاور، لازم است کلاس هایی توسط پزشک مرکز در جهت ارتقاء آگاهی اطرافیان بیمار برگزار شود (نظیر آموزش بیماری HIV/AIDS، تغذیه بیماران و ...) • در هر جلسه در مورد نحوه برخورد بیمار با اطرافیان، استفاده از وسایل کاهش آسیب توسط بیمار و اطرافیان، نحوه مصرف داروها و بروز تغییرات رفتاری یا جسمانی جدید، سؤال شود. • ضمن آموزش دقیق Safe Sex به همسر بیمار، جهت دریافت کاندوم به مسئول مربوطه ارجاع شود • شرکاء تزریقی بیمار برای دریافت وسایل کاهش آسیب (طبق دستورالعمل) به مسئول مربوطه ارجاع شوند 	نحوه ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • فرم ثبت سیر مشاوره مراجع • فرم مشاوره خانواده مبتلایان در فرم مشاوره فردی در صورتی که قبلاً پر نشده باشد 	ثبت
<ul style="list-style-type: none"> • پس از تصمیم به افشاء بیماری توسط بیمار، پیگیری مشاوره خانواده توسط مشاور • جهت تشکیل کلاس های مشاوره فردی و گروهی، پیگیری مشاوره خانواده توسط مشاور 	پیگیری



جدول ۲- مشاوره	
جدول ۲-۵- مشاوره و جلب حمایت خانواده و اطرافیان	
<ul style="list-style-type: none"> • پیگیری پاسخ آزمایش های درخواستی از آزمایشگاه توسط مسئول نمونه گیری 	
<ul style="list-style-type: none"> • دستور العمل کشوری مشاوره در مبتلایان به HIV/AIDS • راهنمای مراقبت در منزل از افراد HIV/AIDS 	منابع



جدول ۳- آموزش جهت افرادی که با HIV زندگی می کنند	
واجدین شرایط دریافت خدمت	کلیه افرادی که با HIV زندگی می کنند
توصیف خدمات	<p>آموزش فردی:</p> <p>HIV/AIDS ⚡</p> <ul style="list-style-type: none"> • ویروس چیست؟ • توصیف سیر بالینی بیماری • عوارض معمول بیماری (بی اشتهایی، اسهال، تهوع و ...) • عفونت های فرصت طلب • داروهای ضد ویروس • درمان های دیگر • نحوه کنترل عوارض معمول و شایع در منزل • مواردی که نیاز به مراجعه سریع بیمار دارد • آزمایشات دوره ای <p>Safe sex and condom promotion ⚡</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش موضوع • آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم • آموزش شیوه های مختلف تماس جنسی بی خطر <p>آموزش گروهی:</p> <p>HIV/AIDS ⚡</p> <p>موارد فوق علاوه بر آموزش های فردی در کلاس های گروهی نیز آموزش داده می شود</p> <p>⚡ مهارت های زندگی</p> <p>⚡ مهارت های شغلی</p> <p>⚡ تغذیه مناسب</p> <p>⚡ روش های ضد عفونی</p>
نحوه ارائه خدمت	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش های فردی و چهره به چهره در هر بار مراجعه بیمار و جلسات مشاوره و معاینه توسط پزشک و مشاور صورت می گیرد • در آموزش از پمفلت و بروشور و کتاب های مناسب استفاده شود • برگزاری جلسات گروهی با حضور تعدادی از بیماران و بعضاً خانواده آنان صورت می گیرد. • این جلسات بطور دوره ای و با یک برنامه ریزی منظم اجرا می شود. • در آغاز هر فصل برنامه جلسات گروهی تنظیم شده و در معرض دید مراجعین قرار گیرد.



مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

<ul style="list-style-type: none"> • در کلاس‌های گروهی علاوه بر توزیع بروشور و پمفلت از نمایش فیلم و اسلاید نیز می‌توان استفاده کرد • با هماهنگی با سازمان‌های مختلف می‌توان برنامه‌هایی بصورت ارائه آموزش‌های مربوط به مهارت‌های شغلی در سازمان‌های مربوطه (نظیر فنی حرفه‌ای، بهزیستی و . . .) برای بیماران ترتیب داد. • سمینارها با همکاری مرکز مشاوره و معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی، مراکز بهداشتی استان، هلال احمر و . . . برگزار می‌شود 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت موارد آموزش فردی در دفتر ثبت سیر مشاوره 	<p>ثبت</p>
<p>مرکز : گزارش موارد آموزش‌های گروهی بصورت هر سه ماه یکبار استان: گزارش موارد آموزش‌های گروهی بصورت سالیانه</p>	<p>گزارش دهی</p>



جدول ۴- واکسیناسیون	
واحدین شرایط دریافت خدمت	کلیه بیمارانی که با HIV زندگی می کنند
توصیف خدمات	<p>واکسن های توصیه شده</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B: در بیماران HIV^+ که HBcAb منفی بوده و سابقه واکسیناسیون ثبت شده نداشته باشند (در صورتی که امکان ارزیابی آنتی بادی وجود نداشته باشد واکسیناسیون انجام شود). • واکسیناسیون بر علیه آنفلوآنزا: سالیانه انجام می شود • واکسیناسیون بر علیه پنوموکک: <ul style="list-style-type: none"> ↳ افرادی که با HIV زندگی می کنند ↳ فرزندان زیر ۵ سال خانواده ای که موردی از ابتلا به HIV در بالغین وجود داشته باشد • واکسیناسیون کزاز: طبق پروتکل کشوری واکسیناسیون <p>نکات مهم در امر واکسیناسیون:</p> <ul style="list-style-type: none"> • میزان پاسخ دهی به واکسن هپاتیت B باید با اندازه گیری HBsAb یک ماه پس از آخرین دوز تعیین شود در صورت عدم پاسخ دهی واکسیناسیون مجدد سه نوبت با دوز استاندارد یا با دوز ۲ برابر تکرار شود. • در صورت شروع داروهای ART، واکسیناسیون مجدد هپاتیت B را بهتر است تا پس از افزایش سلول های $CD4^+$ به بیش از ۲۰۰ به تعویق انداخت. • بهترین زمان برای تزریق واکسن پنوموکک زمانیست که سطح ویروس بالا نبوده (در مواردی که سطح ویروس بیش از ۱۰۰۰۰۰ باشد، تأثیر واکسن به شدت کاهش خواهد یافت) و تعداد سلول های $CD4^+$ بیش از ۲۰۰ باشد. • با توجه به این که ابتلا به پنوموکک در بچه ها زمینه ساز مهم ابتلا در بالغین و بروز بیماری کشنده در آنهاست، بهتر است در صورت امکان فرزندان زیر ۵ سال خانواده ای که موردی از ابتلا به HIV در بالغین وجود داشته باشد، واکسن پنوموکک کنژوگه دریافت کنند. • واکسیناسیون آنفلوآنزا معمولاً در بیماران با تعداد سلول های $CD4^+$ کمتر از $100\text{cells}/\text{mm}^3$ با پاسخ دهی مناسبی همراه نیست ولی در افراد تحت درمان با ARV میزان پاسخ آنتی بادی مطلوب تر است
نحوه ارائه خدمت	<ul style="list-style-type: none"> • تصمیم گیری جهت واکسیناسیون مطابق پروتکل و سوابق بیمار توسط کاردان مبارزه با بیماری ها انجام می شود مگر در مواردی که لازم است تصمیم گیری بر اساس نتایج آزمایش مانند سطح آنتی بادی توسط پزشک انجام شود. • واکسن تلقیح شده در فرم مراقبت بالینی و دفتر واکسیناسیون ثبت می شود



مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

• تاریخ واکسن بعدی تعیین می شود و به فرد اعلام می شود.	
• ثبت در فرم مراقبت بالینی افراد HIV^+ بخش واکسیناسیون توسط مسئول واکسیناسیون	ثبت
• ثبت در دفتر واکسیناسیون توسط مسئول واکسیناسیون	
مرکز: گزارش موارد واکسیناسیون بصورت ماهیانه	گزارش دهی
پیگیری بر اساس زمان بندی واکسیناسیون بیماران توسط کاردان بهداشت	پیگیری
پروتکل کشوری	منابع



جدول ۵- ارزیابی افراد HIV^+ از نظر مرحله بیماری											
واجدین شرایط دریافت خدمت	کلیه افراد HIV^+ دارای پرونده در مرکز مشاوره بیماری های رفتاری										
توصیف خدمات	<p>تعیین مرحله بیماری: بر اساس نتایج حاصل از معاینات بالینی و آزمایشات در پایان هر ویزیت مرحله بیماری فرد تعیین و ثبت می شود.</p> <p>انجام معاینات دوره ای:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ معاینات بالینی جهت تعیین مرحله بالینی مجزا از معاینات روتینی است که در مراجعات بیمار و متناسب با شکایت وی صورت می گیرد و در این مورد معاینه بیمار باید کامل بوده و محدود به محل شکایت بیمار نباشد. ✓ انجام معاینات بالینی با تواتر زمانی منظم هر سه ماه یکبار باید صورت گیرد. ✓ انجام معاینات بالینی بیماران طبق جدول معاینات بالینی صورت می گیرد. ✓ در اولین ویزیت، قسمت شرح حال و سوابق پزشکی در پرونده بیمار توسط پزشک تکمیل می گردد. <p>دستورالعمل مرحله بندی بالینی عفونت HIV بر اساس دستورالعمل WHO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>مراحل بالینی WHO</th> <th>علائم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>مرحله اول</td> <td>عفونت بدون علامت HIV، لنفادنوپاتی گسترده دائمی</td> </tr> <tr> <td>مرحله دوم</td> <td>هرپس زوستر (در ۵ سال گذشته) - ضایعات جلدی مخاطی کوچک - عفونت راجعه دستگاه تنفسی فوقانی - کاهش وزن به مقدار کمتر از ۱۰٪</td> </tr> <tr> <td>مرحله سوم</td> <td>عفونت شدید باکتریایی - کاندیدیازیس دهانی - اسهال مزمن بدون توجیه (بیش از یک ماه) - لکوپلاکی مویی دهانی - سل ریوی در یک سال گذشته - کاهش وزن بیش از ۱۰٪</td> </tr> <tr> <td>مرحله چهارم</td> <td>کاندیدیازیس (مری، برونش، تراشه و یا ریه) - کریپتوکوکوزیس خارج ریوی - کریپتوسپوریدیوزیس با اسهال (بیش از یک ماه) - بیماری CMV (درگیری کبد، طحال و غدد لنفاوی) - آنسفالوپاتی با منشاء HIV - سندرم ضعف HIV - سارکوم کاپوزی - لنفوما - ابتلا گسترده به میکوباکتریوم های آتیپیک - عفونت قارچی پیشرفته - سل خارج ریوی - پنومونی پنوموسیستیس کارینی - لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیشرفته - سپتی سمی سالمونلایی غیر تیفوئیدی - توکسوپلاسموزیس در سیستم اعصاب مرکزی</td> </tr> </tbody> </table> <p>• انجام آزمایش های دوره ای:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ در هر جلسه معاینات دوره ای، برای تعیین دقیق مرحله بیماری فرد، باید آزمایشات ضروری ارسال شود. ○ تعیین تعداد سلول های $CD4^+$ هر ۳ ماه یکبار صورت می گیرد. 	مراحل بالینی WHO	علائم	مرحله اول	عفونت بدون علامت HIV، لنفادنوپاتی گسترده دائمی	مرحله دوم	هرپس زوستر (در ۵ سال گذشته) - ضایعات جلدی مخاطی کوچک - عفونت راجعه دستگاه تنفسی فوقانی - کاهش وزن به مقدار کمتر از ۱۰٪	مرحله سوم	عفونت شدید باکتریایی - کاندیدیازیس دهانی - اسهال مزمن بدون توجیه (بیش از یک ماه) - لکوپلاکی مویی دهانی - سل ریوی در یک سال گذشته - کاهش وزن بیش از ۱۰٪	مرحله چهارم	کاندیدیازیس (مری، برونش، تراشه و یا ریه) - کریپتوکوکوزیس خارج ریوی - کریپتوسپوریدیوزیس با اسهال (بیش از یک ماه) - بیماری CMV (درگیری کبد، طحال و غدد لنفاوی) - آنسفالوپاتی با منشاء HIV - سندرم ضعف HIV - سارکوم کاپوزی - لنفوما - ابتلا گسترده به میکوباکتریوم های آتیپیک - عفونت قارچی پیشرفته - سل خارج ریوی - پنومونی پنوموسیستیس کارینی - لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیشرفته - سپتی سمی سالمونلایی غیر تیفوئیدی - توکسوپلاسموزیس در سیستم اعصاب مرکزی
مراحل بالینی WHO	علائم										
مرحله اول	عفونت بدون علامت HIV، لنفادنوپاتی گسترده دائمی										
مرحله دوم	هرپس زوستر (در ۵ سال گذشته) - ضایعات جلدی مخاطی کوچک - عفونت راجعه دستگاه تنفسی فوقانی - کاهش وزن به مقدار کمتر از ۱۰٪										
مرحله سوم	عفونت شدید باکتریایی - کاندیدیازیس دهانی - اسهال مزمن بدون توجیه (بیش از یک ماه) - لکوپلاکی مویی دهانی - سل ریوی در یک سال گذشته - کاهش وزن بیش از ۱۰٪										
مرحله چهارم	کاندیدیازیس (مری، برونش، تراشه و یا ریه) - کریپتوکوکوزیس خارج ریوی - کریپتوسپوریدیوزیس با اسهال (بیش از یک ماه) - بیماری CMV (درگیری کبد، طحال و غدد لنفاوی) - آنسفالوپاتی با منشاء HIV - سندرم ضعف HIV - سارکوم کاپوزی - لنفوما - ابتلا گسترده به میکوباکتریوم های آتیپیک - عفونت قارچی پیشرفته - سل خارج ریوی - پنومونی پنوموسیستیس کارینی - لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیشرفته - سپتی سمی سالمونلایی غیر تیفوئیدی - توکسوپلاسموزیس در سیستم اعصاب مرکزی										



جدول ۵- ارزیابی افراد HIV^+ از نظر مرحله بیماری	
<p>○ در صورت عدم دسترسی به آزمایش تعیین تعداد سلولهای $CD4^+$، از آزمایش CBC و تعیین TLC (total lymphocyte count) استفاده می شود</p>	
<p>پس از پذیرش بیمار و تشکیل پرونده:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیمار هر سه ماه یکبار توسط پزشک معاینه بالینی می شود و نتیجه معاینه بالینی در فرم معاینات بالینی ثبت می گردد • معاینات بالینی جهت تعیین مرحله بالینی مجزا از معاینات روتینی است که در مراجعات بیمار و متناسب با شکایت وی صورت می گیرد و در این مورد معاینه بیمار باید کامل بوده و محدود به محل شکایت بیمار نباشد • از نکات بسیار مهم و تعیین کننده در معاینه، اندازه گیری وزن بیمار است • براساس نتایج حاصله از معاینه بیمار، با استناد به جدول مرحله بندی بالینی بیمار، مرحله بیماری بر اساس علائم وی، تعیین می شود و در جدول مربوطه در فرم معاینات بالینی ثبت می گردد. 	نحوه ارائه خدمات
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در قسمت "ارزیابی بیمار جهت تعیین مرحله بیماری" شامل بخش‌های؛ <ul style="list-style-type: none"> - ثبت علائم حیاتی و معاینه بالینی - ارزیابی جهت تعیین مرحله بیماری - تعیین مرحله بیماری و اقدام توصیه شده - سوابق پزشکی و ... در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک • ثبت سیر معاینات بالینی در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک • تاریخ مراجعه بعدی بیمار در فرم سیر بالینی توسط پزشک • تاریخ مراجعه بعدی بیمار در کارت بیمار توسط پزشک • ثبت موارد جدید عفونت پیشرفته اچ آی وی توسط پزشک 	ثبت
<ul style="list-style-type: none"> • مرکز: گزارش موارد بصورت ماهیانه • استان: گزارش موارد بصورت هر سه ماه یکبار • استان: گزارش موارد جدید عفونت پیشرفته بصورت ماهیانه 	گزارش دهی
<p>پیگیری تلفنی در صورت عدم مراجعه در تاریخ تعیین شده</p>	پیگیری
<p>دستور العمل کشوری مراقبت و درمان HIV/AIDS</p>	منابع



ضمیمه ۱- جدول ۵- جدول شرح حال و معاینات فیزیکی اولیه و بعدی:

نکات مورد توجه در ویزیت هر ۳ ماه	
شرح حال	معاینه فیزیکی
<ul style="list-style-type: none"> • بررسی علائم جدید • داروهای مصرفی: داروهای وابسته به HIV، سایر داروها، ویتامین ها، گیاهان دارویی • تمایل به مصرف داروها و مراقبت های بالینی • کاهش عوامل خطر • خلق • مصرف الکل و سایر مخدرها • استعمال دخانیات • آلرژی • درد • حمایت های اجتماعی • وضعیت زندگی و معیشت و خشونت خانگی 	<ul style="list-style-type: none"> • علائم حیاتی (درجه حرارت، فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس) • وزن • وضعیت عمومی بدن و شرایط جسمانی (بررسی از نظر لیپودیستروفی) • پوست • اروفارنکس • غدد لنفاوی • قلب و ریه • شکم • وضعیت خلقی و روحی • اعصاب
هر ۶ ماه :	
<ul style="list-style-type: none"> • نظیر موارد فوق انجام شود 	<ul style="list-style-type: none"> • موارد فوق انجام شود • معاینه چشم با افتالموسکوپ • معاینه گوش / بینی
هر ۶ ماه و پس از ۲ نوبت متوالی در صورت نرمال بودن سالیانه انجام شود:	
<ul style="list-style-type: none"> • نظیر موارد فوق 	در زنان: پاپ اسمیر و معاینه واژینال
سالیانه :	
<ul style="list-style-type: none"> • تکرار شرح حال اولیه • بررسی علائم مربوط به HIV، موارد منجر به بستری، بیماری های شدید، سابقه فامیلی و بررسی وضعیت خانوادگی 	<ul style="list-style-type: none"> • یک معاینه فیزیکی کامل شامل: • معاینه ژنیتال و مقعدی • معاینه پروستات • معاینه پستان ها • معاینه بیضه ها



ضمیمه ۲ جدول ۵- معاینات بالینی :

محل معاینه	روش معاینه و نکات مورد توجه
وزن	در هر ویزیت ثبت شود
قد	در اولین معاینه ثبت شود
دما	در هر ویزیت اندازه گیری شود
فشار خون	در هر ویزیت اندازه گیری شود
ضربان قلب	در هر ویزیت اندازه گیری شود
چشم ها	معاینه با استفاده از افتالموسکوپ بخصوص در مواردی که CD4 کمتر از ۱۰۰ باشد ضروری است
گوش/ بینی	معاینه سینوس ها در هر ویزیت انجام شود
دهان و حلق	توجه به لثه و دندان ها ضروری است. در معاینه دهان به هر نوع ضایعه، تغییر رنگ و ... توجه کنید. زبان دقیقا معاینه شود (زیر زبان فراموش نشود)
غدد لنفاوی	در معاینه زنجیره های لنفاوی به اندازه غدد، وجود درد و سایر مشخصات آنان توجه کنید
پوست	پوست کل بدن معاینه شود خصوصا نقاطی نظیر سر، زیر بغل، کف دست و پا، ناحیه تناسلی و اطراف مقعد فراموش نشود. با پیدا کردن هر ضایعه ای در پوست به تمام خصوصیات آن توجه کنید نظیر: اندازه، رنگ، حاشیه ضایعه، وجود ضایعات متقارن، نحوه توزیع، مسطح یا برجسته بودن آن، میزان تجامد و پوسته ریزی
ریه ها	به شکل قفسه صدی توجه کنید. سمع و دق ریه انجام شود. به هر صدای غیر طبیعی از جمله ویز و کراکل توجه کنید. کاهش صدا در معاینه نیز باید مورد توجه قرار گیرد (پنوموتوراکس، پلورال افیوژن)
قلب	لمس (point of maximal impulse) PMI انجام شود. در سمع قلب به ریتم و وجود صداهای اضافه دقت کنید. معاینه ورید ژوگولر فراموش نشود.
پستانها	معاینه پستان ها در زنان و مردان از نظر وجود توده ها ضروری است.
شکم	اتساع، چاقی، عروق برجسته، پتشی و سایر بثورات باید مورد توجه قرار گیرد. در لمس عمقی شکم به دنبال هپاتواسپلنومگالی باشید. هر درد یا حساسیت شکمی باید مورد توجه قرار گیرد.
ناحیه تناسلی	در معاینه ناحیه تناسلی مشاهده محل بسیار مهم است. در پی هر نوع ضایعه، زخم، زگیل و غیره باشید. توشه رکتال برای بررسی ضایعات محل ضروری است.
اندامها/ عضلانی و اسکلتی	مفاصل: بزرگی و تورم، درد و حساسیت، قرمزی و گرمی عضلات از نظر تحلیل و ضعف یا درد بررسی شود. به ناخن ها توجه کنید (سیانوز، کلابینگ، عفونت های قارچی) اندام ها از نظر وجود ادم معاینه شوند.



محل معاینه	روش معاینه و نکات مورد توجه
اعصاب	وضعیت هوشیاری: شامل آگاهی به زمان و مکان، حافظه کوتاه مدت و بلند مدت، توانایی حساب کردن معاینه اعصاب کرانیال معاینه اعصاب محیطی (حساسیت به درد و حرارت و ارتعاش) بررسی قدرت اندام ها برای میوپاتی، نوروپاتی و اختلالات مخچه ای مهارت های ظریف حرکتی نظیر حرکات متناوب سریع (گاه در موارد دمانس مختل می شود) رفلکس های عمقی تاندونی و رفلکس کف پا
روان	وضعیت خلقی بیمار (افسردگی، اضطراب، پرحرفی و ...) توانایی برقراری ارتباط کلامی صحیح: پاسخ صحیح به سؤالات رفتار نامتناسب و غیر معمول نظیر انکار بیش از حد، رفتار انفجاری و ...
بیماران زن	معاینه واژینال باید انجام شود.

جدول ۶- آزمایش های دوره ای:

واجدین شرایط دریافت خدمت	توصیف خدمات
<p>کلیه افراد HIV⁺ که دارای پرونده بیماری در مرکز مشاوره هستند که شامل گروه های زیر می باشند:</p> <ul style="list-style-type: none"> افراد HIV⁺ دارای پرونده در مرکز مشاوره مادران باردار HIV⁺ نوزاد متولد شده از مادر HIV⁺ بیماران تحت درمان ARV 	<ul style="list-style-type: none"> هریک از گروه های واجد شرایط فوق باید طبق یک برنامه زمان بندی شده، تحت آزمایشات دوره ای قرار گیرند. انجام آزمایشات دوره ای برای افرادی که با HIV زندگی می کنند: آزمایشات مورد درخواست شامل CBC و شمارش تعداد سلول های CD4⁺ می باشد. تعیین تعداد سلول های CD4⁺ هر ۶ ماه یکبار صورت می گیرد. در صورت عدم دسترسی به آزمایش تعیین تعداد سلول های CD4⁺، از آزمایش CBC و تعیین TLC (total lymphocyte count) استفاده می شود. در صورتی که بیمار تحت درمان ARV باشد تکرار آزمایش تعیین تعداد سلول های CD4⁺ هر ۳ ماه یک بار صورت می گیرد. BUN، Creatinin، SGPT، SGOT و اندازه گیری قند و چربی خون و آزمایش ادرار در ابتدا HBsAg، HbCAb (IgG) و HCVAb و Toxo Ab (IgG) یکبار در اولین بار ویزیت HBsAb یک ماه پس از تکمیل واکسیناسیون هپاتیت B چک شود. PPD در بدو تشکیل پرونده و در صورت منفی بودن سالیانه تکرار شود. کلسترول، تری گلیسیرید، قند خون ناشتا در اولین ویزیت و بعد سالیانه انجام شود. VDRL جزء اولین آزمایشات فرد است و در صورتی که فرد در معرض خطر باشد ممکن است هر ۱۲-۳ ماه تکرار شود.



جدول ۶- آزمایش های دوره ای:	
<ul style="list-style-type: none"> • یک ECG اولیه لازم است برای بیمار انجام شود. • آزمایش ادرار سالیانه تکرار شود. • پاپ اسمیر در زنان در ابتدا دو مرتبه به فاصله ۶ ماه انجام شود و در صورت نرمال بودن سالیانه تکرار شود. • G6PD یک مرتبه کافی است. <p>در صورت وجود اختلال درهریک از آزمایشات فوق بر اساس مورد، برای تکرار آزمایش تصمیم گیری می‌شود.</p> <p style="text-align: center;">آزمایشات دوره ای مورد نیاز مادران باردار HIV⁺:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آزمایشات معمول دوره ای برای این افراد نظیر سایر بیماران می باشد • در صورت دسترسی بار ویروسی (viral load) در اولین ویزیت، ۶-۲ هفته پس از شروع ART، و هر ۲ ماه در طول بارداری چک شود. در ماه آخر بارداری بهتر است بار ویروسی چک شود. • در صورت مصرف داروی نویراپین، آنزیم های کبدی پس از ۲، ۴، ۸، و ۱۲ هفته پس از شروع درمان باید چک شود. • درشروع درمان دارویی، پایان ماه اول، دوم و چهارم پس از شروع داروها باید CBC و LFT چک شود. <p style="text-align: center;">آزمایشات مورد نیاز نوزاد متولد شده از مادر HIV⁺:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اندازه گیری هموگلوبین در ابتدا و ۶ هفته بعد از تولد نوزاد تحت درمان پروفیلاکسی • تست های ویرولوژیک (PCR) پس از ۶ هفتگی • تست HIV Ab پس از ۱۸ ماهگی • با صلاحدید پزشک ممکن است در ماه های ۳ و ۶ و ۹ پس از تولد نیز تست الیزا انجام شود. <p style="text-align: center;">بیماران تحت درمان ARV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعیین تعداد سلول های CD4 + هر ۳ ماه یکبار صورت می گیرد • در صورت عدم دسترسی به آزمایش تعیین تعداد سلول های CD4+، از آزمایش CBC و تعیین TLC (total lymphocyte count) استفاده می شود. • SGPT،SGOT،Creatinin،BUN هر ۳-۶ ماه یک بار • اندازه گیری قند و چربی خون ممکن است با فواصل زمانی کمتر (هر 3-6 ماه) انجام شود. • HBSAg و HCVAb، اگر در بدو تشکیل پرونده بیمار انجام نشده یا منفی بوده است. • آزمایش ادرار سالیانه انجام شود. 	<p style="text-align: center;">نحوه ارائه خدمات</p> <ul style="list-style-type: none"> • درخواست آزمایش توسط پزشک در فرم درخواست آزمایش ثبت می شود. <p>نکته بسیار مهم: با توجه به اهمیت رازداری لازم است درخواست آزمایش تنها با کد فرد به</p>



جدول ۶- آزمایش های دوره ای:	
<p>آزمایشگاه اعلام شود و از ثبت مشخصات فردی در برگه درخواست آزمایش اکیداً خودداری شود.</p> <p>در صورتی که نمونه گیری در مرکز انجام می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد با فرم درخواست به محل نمونه گیری مراجعه می نماید. • مسئول نمونه گیری موظف است پس از مراجعه فرد خدمات ذیل را انجام دهد : <ul style="list-style-type: none"> ◀ نمونه خون از فرد اخذ می گردد. ◀ پس از اخذ نمونه، رسید جهت مراجعه بعدی و اخذ جواب آزمایش به مراجع داده می شود. ◀ کد فرد و نوع آزمایش در دفتر ثبت آزمایش، درج می گردد. ◀ نمونه خون جهت انجام آزمایش به آزمایشگاه طرف قرارداد مرکز که استانداردهای لازم جهت انجام این آزمایش را دارا هستند ارسال می شود. ◀ پاسخ آزمایش از آزمایشگاه مربوطه اخذ می گردد. ◀ پاسخ آزمایش را در دفتر ثبت آزمایش درج نماید. ◀ برگه پاسخ آزمایش را به پزشک تحویل دهد. • پزشک موظف است: نتیجه آزمایش بیمار را در فرم ثبت نتایج آزمایش در پرونده بیمار ثبت کند. <p>در صورتی که نمونه گیری در مرکز انجام نمی شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد با فرم درخواست به محل آزمایشگاهی که طرف قرارداد مرکز مشاوره بوده و استانداردهای لازم جهت انجام این آزمایش را دارا هستند مراجعه می کند. • فرد مسئول نمونه گیری موظف است با توافق قبلی حداکثر هفته ای یک بار به آزمایشگاه مربوطه مراجعه نماید و : <ul style="list-style-type: none"> ◀ پاسخ آزمایش از آزمایشگاه مربوطه اخذ گردد. ◀ پاسخ آزمایش را در دفتر ثبت آزمایش درج نماید. ◀ برگه پاسخ آزمایش را به مشاور تحویل دهد. • پزشک موظف است نتیجه آزمایش مراجع را در فرم ثبت سیر مشاوره (فرم شماره سه) در پرونده بیمار و دفتر ثبت مشاوره درج نماید. 	
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست آزمایش توسط پزشک • دفتر ثبت آزمایش (آزمایش های ارسالی و پاسخ آزمایش) توسط مسئول نمونه گیری • پاسخ آزمایش در فرم نتایج آزمایش در پرونده بیمار توسط پزشک 	ثبت
مرکز: گزارش موارد بصورت ماهیانه	گزارش دهی
پیگیری تلفنی در صورت عدم مراجعه در تاریخ تعیین شده برای انجام آزمایشات	پیگیری
دستور العمل کشوری مراقبت و درمان HIV/AIDS	منابع



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۷-۱- ارزیابی سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند	
واجدین شرایط دریافت خدمت	تمام افرادی که با HIV زندگی می کنند.
توصیف خدمات	<p>بیماریابی فعال سل :</p> <ul style="list-style-type: none"> • جستجوی علائم بالینی ابتلا به سل در هر جلسه معاینه (علائم مشکوک به سل شامل تب، سرفه و کاهش وزن می باشد) <p>انجام PPD :</p> <p>اگر PPD فرد منفی باشد: در این افراد در صورتی که علائمی دال بر سل فعال نباشد، انجام PPD سالیانه توصیه می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی که آزمون پوستی توبرکولین منفی دارند و مبتلا به عفونت HIV پیشرفته ($CD4 < 200\text{cell}/\text{mm}^3$) هستند و هیچ یک از شرایط لازم برای درمان عفونت نهفته را ندارند، باید پس از شروع ART و بعد از دستیابی به $CD4 > 200\text{cell}/\text{mm}^3$ دوباره آزمون پوستی توبرکولین شوند و براساس آن تصمیم گیری شود <p>اگر PPD فرد مثبت باشد (تست توبرکولین مساوی یا بیشتر از 5mm):</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر علائمی دال بر سل فعال داشته باشد تحت درمان ضد سل قرار می گیرد. (و یا تغییری است که در گرافی قفسه صدری دیده می شود. برای تشخیص قطعی سل بهترین راه بررسی اسمیر و کشت خلط بیمار می باشد). (به جدول درمان سل در HIV مراجعه کنید) • اگر علائمی دال بر سل فعال نداشته باشد، تحت درمان پروفیلاکسی قرار می گیرد (به جدول پروفیلاکسی سل مراجعه شود) <p>انجام CXRay :</p> <p>در هر بار معاینه در صورت شک به سل بنا به صلاحدید پزشک CXRay درخواست می شود.</p> <p>در اولین جلسات معاینه بیمار، CXRay یکبار انجام می شود و سالی یکبار هم زمان با انجام PPD، گرافی قفسه سینه در صورت لزوم انجام می شود. افرادی که در پرتونگاری قفسه سینه علائمی دال بر ضایعات فیبروتیک مطابق با سل داشته و اسمیر خلط آنها منفی است و بیماری فعال ندارد، (صرف نظر از نتایج آزمون پوستی توبرکولین) ممکن است نیاز به پروفیلاکسی داشته باشند.</p>

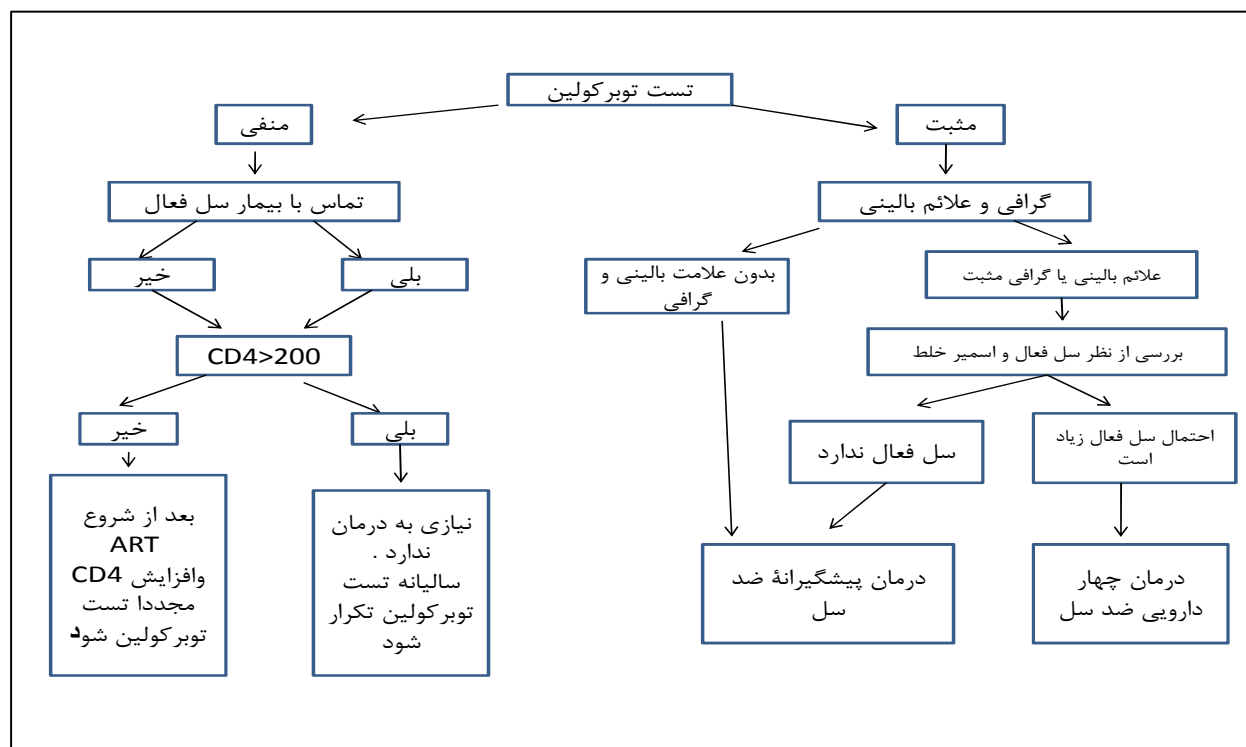


جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۱-۷- ارزیابی سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند	
<p>انجام اسمیر خلط :</p> <p>در هر بار معاینه در صورت شک به سل بنا به صلاحدید پزشک نمونه اسمیر خلط مطابق دستورالعمل کشوری مراقبت و درمان سل درخواست می شود .</p> <p>تعیین وضعیت ابتلا به سل :</p> <p>بر اساس نتایج ارزیابی های فوق سالی یکبار در قالب یکی از موارد ذیل در پرونده بیمار ثبت می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سالم است. • نیازمند پروفیلاکسی است. • مبتلا به سل فعال می باشد. <p>سایر خدمات همراه:</p> <p>آموزش و مشاوره :</p> <p>افرادی که با HIV زندگی می کنند بایستی در مورد خطرات، علائم و درمان سل اطلاعات کافی داشته باشند. مشاوره باید در جهت دادن اطلاعات در مورد موارد زیر باشد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • دادن اطلاعات در مورد خطر ابتلا به سل • استراتژی های کاهش تماس • علائم بالینی بیماری سل • درمان پیشگیری از ابتلا به سل • درمان بیماری سل 	
<ul style="list-style-type: none"> • در هر جلسه معاینه بیماران باید علائم بیماری سل را برای آنان توضیح داده و در مورد وجود علائم مشکوک به سل در بیماران سؤال شود. این کار به عهده پزشک مرکز است. • در طی اولین مراجعات بیمار به مرکز تست PPD توسط مسئول مربوطه انجام شود. • در صورت مثبت بودن تست PPD باید به پزشک مرکز ارجاع شود. • ارزیابی بیمار با تست PPD مثبت (CXR، آزمایش خلط از نظر AFB و ...) توسط پزشک مرکز انجام میشود. و تا حصول نتیجه جهت رد یا تشخیص سل فعال ادامه می یابد و بر اساس نتایج حاصله اقدام مقتضی (پروفیلاکسی و یا درمان) انجام می شود. • در صورت منفی بودن PPD، با فاصله یک سال بعد PPD مجدد انجام می شود. 	نحوه ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • نتایج وجود یا عدم وجود علائم بالینی در فرم ثبت سیر معاینات بالینی توسط پزشک ثبت می گردد. 	ثبت



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۷-۱- ارزیابی سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند	
<ul style="list-style-type: none"> • نتایج آزمایش مرتبط با تعیین وضعیت ابتلا به سل در فرم مراقبت بالینی توسط شخص واکسیناتور یا شخصی که PPD انجام داده است ثبت می گردد. • در صورت انجام گرافی و اسمیر خلط نتایج در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک ثبت می گردد. • تعیین تکلیف نهایی ابتلا به سل حداقل سالی یکبار در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک ثبت می شود. • ثبت مواردی که مورد ارزیابی سالیانه سل قرار گرفته اند در دفتر واکسیناسیون و ارزیابی سل توسط مسئول پیگیری و واکسیناسیون. 	
<p>مرکز: گزارش موارد ارزیابی سل بصورت ماهیانه استان: گزارش موارد ارزیابی سل بصورت هر سه ماه یکبار</p>	گزارش دهی
<p>پیگیری سالیانه جهت تکرار تست توبرکولین</p>	پیگیری
<p>دستورالعمل بالینی کشوری سل و HIV</p>	منابع

ضمیمه ۱- جدول ۷-۱- ارزیابی ابتلا به سل فعال



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۲-۷- پروفیلاکسی سل	
<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p> <ul style="list-style-type: none"> • در بیمار HIV^+ که تست توبرکولین مساوی یا بیشتر از 5mm باشد پس از رد سل فعال • بیمار HIV^+ که در تماس نزدیک با یک بیمار مسلول (سل ریوی خلط مثبت و سل حنجره) قرار گرفته باشد. (پس از بررسی و رد سل فعال) • افرادی که در پرتونگاری قفسه سینه علائمی دال بر ضایعات فیبروتیک مطابق با سل داشته و اسمیر خلط آنها منفی است و بیماری فعال ندارد. (صرف نظر از نتایج آزمون پوستی توبرکولین) 	
<p>توصیف خدمات</p> <p>اندیکاسیون شروع و خاتمه درمان:</p> <p>شروع پروفیلاکسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان پروفیلاکسی سل در افراد PPD مثبت زمانی شروع می شود که طبق نظر متخصص عفونی ابتلا به سل فعال رد شده باشد. • ابتلا به سل قبلی، مغایرتی با درمان پروفیلاکسی سل در صورت صلاحدید متخصص عفونی ندارد. <p>خاتمه پروفیلاکسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بر اساس رژیم درمانی <p>انتخاب نوع دارو</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان توصیه شده در پروفیلاکسی سل بر اساس پروتکل کشوری شامل ایزونیاژید ($max\ 300mg, 5mg/kg$) روزانه برای مدت ۹ ماه است (دوره درمان ۹ ماهه و یا ۲۷۰ دوز در طی ۱۲ ماه) • درمان آلترناتیو این رژیم شامل ایزونیاژید 900mg در بالغین و 15mg/kg در بچه ها دو بار در هفته است که برای مدت ۹ ماه یا ۷۶ دوز در طی ۱۲ ماه توصیه می شود • درمورد سل مقاوم به درمان (MDR & XDR) ایزونیاژید داروی مناسب پروفیلاکسی نیست و در صورت تماس بیمار HIV^+ با سل مقاوم، لازم است با Focal Point عفونی در مورد انتخاب داروی پروفیلاکسی مشورت شود. <p>عوارض دارویی</p> <ul style="list-style-type: none"> • مسمومیت کبدی ناشی از ایزونیاژید در افراد مسن، زنان باردار در ۳ ماهه اول پس از زایمان و افراد با بیماری های زمینه ای کبدی افزایش می یابد و این افراد باید ضمن دریافت دارو به دقت مراقبت شوند • مبتلایان به HIV، تحت درمان با INH، برای به حداقل رساندن بروز نوروپاتی محیطی باید پیریدوکسین دریافت کنند. 	
نحوه ارائه خدمت	پس از پذیرش:



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۲-۷- پروفیلاکسی سل	
<ul style="list-style-type: none"> • رژیم درمانی توسط پزشک تعیین می شود و در فرم مراقبت بالینی ثبت می شود. • برای بیمار کارت پروفیلاکسی صادر شده و مشخصات وی در دفتر پروفیلاکسی توسط مسئول مربوطه ثبت می شود. • بیمار ماهیانه به پزشک مراجعه و پس از معاینه و بررسی، دارو برای یک ماه تجویز می شود. • پس از ثبت در دفتر پروفیلاکسی دارو توسط مسئول مربوطه به بیمار تحویل داده می شود. • زمان مراجعه بعدی بیمار جهت دریافت دارو به بیمار اعلام می گردد. • پس از خاتمه، تاریخ ختم درمان در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک و در دفتر پروفیلاکسی توسط مسئول مربوطه ثبت می شود. 	
<ul style="list-style-type: none"> • تاریخ شروع، رژیم درمانی و تاریخ خاتمه در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک ثبت می شود. • تاریخ تحویل دارو به بیمار در کارت پروفیلاکسی و دفتر دریافت داروی پروفیلاکسی توسط تحویل دهنده داروی مربوطه ثبت می شود. 	ثبت
<p>مرکز: فرم گزارش موارد پروفیلاکسی بصورت ماهیانه</p> <p>استان: فرم گزارش موارد پروفیلاکسی بصورت هر سه ماه یکبار</p>	گزارش دهی
<p>بیمار HIV⁺ با PPD بیش از 5mm که شواهدی از ابتلا به سل فعال نداشته و بمدت ۹ ماه تحت درمان پیشگیرانه با ایزونیازید قرار گیرد</p>	استاندارد خدمت
پیگیری تلفنی ماهیانه	پیگیری
دستورالعمل بالینی کشوری سل و HIV	منابع



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۳-۷- درمان سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند	
واجدین شرایط دریافت خدمت	افرادى که با HIV زندگى می کنند و علائمی دال بر سل فعال داشته باشند که شامل: <ul style="list-style-type: none"> • سل ریوی اسمیر مثبت • سل ریوی اسمیر منفی • سل خارج ریوی
توصیف خدمات	<p>تشخیص:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تشخیص سل فعال در این بیماران طبق پروتکل مراقبت و درمان سل کشوری صورت می گیرد • مشاوره با متخصص عفونی در تأیید تشخیص سل فعال در بیماران الزامیست <p>مشاوره تمکین به درمان سل:</p> <p>با توجه به اهمیت درمان سل در مبتلایان به HIV و طولانی بودن درمان دارویی در سل، لازم است اهمیت تکمیل دوره درمان و مصرف منظم دارودر قالب مشاوره تمکین درمان سل به مبتلایان آموزش داده شود.</p> <p>درمان:</p> <p>درمان بیمار مبتلا به سل فعال در مبتلایان به HIV نظیر پروتکل درمان در سایر افراد می باشد خصوصاً در مواردی که بیمار تحت درمان ARV قرار نداشته باشد. در صورتی که بیمار داروهای ضد رتروویروسی دریافت کند و یا کاندید درمان با ARV باشد باید با دقت بیشتری پیگیری و بر انتخاب دارو نظارت شود. در بیماران مبتلا به سل ریوی در صورت وجود حفره، درگیری گسترده و شدید و یا پاسخ تأخیری به درمان، طولانی کردن درمان تا ۹ ماه یعنی سه ماه اضافی با INH و RIF لازم است. نکات مهم در درمان ضد سل و همراهی با درمان ARV در جدول شماره ۷ خلاصه شده است.</p> <p>در صورتی که بیمار تحت درمان ARV با رژیم حاوی protease inhibitor باشد باید به جای ریفامپین از ریفابوتین استفاده کرد.</p> <p>نکات مهم در درمان و عوارض درمان سل</p> <ul style="list-style-type: none"> • در مواردی چون سل اعصاب مرکزی (توبرکولوما یا مننژیت)، سل میلیاری، سل مفصل و استخوان، متخصصان درمان ۹-۱۲ ماهه را توصیه می کنند. • در درمان سل پریکارد و سل اعصاب مرکزی، کورتیکوستروئید باید اضافه شود. درمان با کورتیکوستروئید باید در اولین فرصت ممکن شروع شود و به مدت ۸-۶ هفته ادامه یابد. این تصمیم گیری بنا به صلاحدید فوکل پوینت عفونی است. رژیم های کورتیکوستروئید پیشنهاد شده عبارتند از: <ul style="list-style-type: none"> ○ دگزامتازون ۰/۳-۰/۴ mg/kg و کاهش تدریجی آن طی ۸-۶ هفته ○ پردنیزولون ۱ mg/kg به مدت سه هفته و کاهش تدریجی آن طی ۵-۳ هفته



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۳-۷- درمان سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند	
<ul style="list-style-type: none"> • در بیمارانی که بعد از سه ماه درمان، هنوز اسمیر خلط از نظر AFB مثبت باشد، باید آزمایش های حساسیت دارویی در نمونه های جدید خلط انجام شود. • با توجه به عوارض داروهای ضد سل، توجه به علائم بیمار و تظاهراتی چون بی اشتها، تهوع، استفراغ، زردی و . . . در طول مدت دریافت داروها بسیار مهم است. برای اطلاعات بیشتر به دستورالعمل کشوری سل و HIV مراجعه کنید. • با بروز تهوع، استفراغ، زردی بلافاصله داروهای ضد سل بیمار قطع و به متخصص عفونی ارجاع شود • در بروز ترومبوسیتوپنی، ریفامپین باید برای همیشه قطع شود. در صورت ایجاد راش ژنرالیزه همراه با تب یا درگیری مخاطی، همه داروها باید بلافاصله قطع شوند و با فرد متخصص مشاوره شود. • آسیب کبدی ناشی از دارو ممکن است در اثر INH، RIF و یا PZA ایجاد شود و به صورت افزایش سه برابر یا بیشتر از بالاترین حد طبیعی (ULN) در میزان AST در صورت وجود علائم، یا افزایش ۵ برابر یا بیشتر از ULN در غیاب علائم تعریف می شود. • برای هر گونه افزایش جدید قابل توجه در ترانس آمینازها یا بیلی روبین، آزمایش سرولوژیک هپاتیت A و B و C باید انجام شود و درباره علائم حاکی از بیماری مجاری صفراوی و مواجهه با الکل و سایر مواد هپاتوتوکسیک از بیمار سؤال شود. • ویتامین B6 در همراهی با ایزونیازید در بیماران HIV⁺ فراموش نشود. • در تصمیم گیری برای شروع درمان ضد سل و ART برای بیمار، درمان ضد سل ارجحیت دارد. • بیمارانی که اسمیر خلط آنها بعد از ۵ ماه درمان از نظر AFB مثبت باشد، باید به عنوان موارد شکست درمان در نظر گرفته و درمان مناسب آن انجام شود. • لازم است به تداخل داروهای ضد سل و ART با مصرف مواد مخدر توجه شود. • ریفامپین باعث کاهش در سطح سرمی متادون (۳۳-۶۸ درصد) می شود. در صورت بروز علائم بالینی ناشی از کمبود متادون، افزایش دوز آن لازم است. • عوارض کبدی داروهای ضد سل در مبتلایان به HIV و عفونت های هم زمان هپاتیت های مزمن C و B، بیشتر دیده می شود و نیاز به مراقبت بیشتر دارد. 	
<ul style="list-style-type: none"> • شروع درمان ضد سل ترجیحاً با مشاوره متخصص عفونی می باشد که این امر خصوصاً در مواردی که مشکوک به سل تلقی می شوند، ضروری است. • درمان ضد سل به روش DOTS و در نزدیک ترین مرکز به محل زندگی بیمار خواهد بود. • کارت درمان سل بیمار باید در پرونده وی در مرکز مشاوره وجود داشته باشد. در طول 	نحوه ارائه خدمت



جدول ۷- کنترل بیماری سل	
جدول ۳-۷- درمان سل در افرادی که با HIV زندگی می کنند	
<p>درمان ضد سل بیمار، یک کارت سل در پرونده HIV بیمار گذارده شده و با پیگیری کارشناس بهداشت در مرحله حمله ای بصورت هفتگی و در مرحله نگهدارنده درمان سل بصورت ماهیانه از کارت درمان اصلی، تکمیل شده و به روز می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در طول مدت درمان سل بیمار، معاینات وی ماهیانه خواهد بود. در هر نوبت معاینه نحوه مصرف داروها از بیمار سؤال شده و اهمیت مصرف منظم داروها برای بیمار توضیح داده شود. • تاریخ خاتمه و نتیجه درمان توسط پزشک در فرم مراقبت بالینی ثبت می شود. 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در دفتر پروفیلاکسی • کارت درمان بیمار ضمیمه پرونده بیمار باشد. • تاریخ خاتمه و نتیجه درمان توسط پزشک در فرم مراقبت بالینی ثبت می شود 	ثبت
<p>مرکز: گزارش موارد سل بصورت ماهیانه استان: گزارش موارد سل بصورت هرساله یکبار</p>	گزارش دهی
<ul style="list-style-type: none"> • در صورتی که تحت درمان باشد پیگیری طبق پروتکل درمان مسلولین خواهد بود • در بیماران مبتلا به سل ریوی باید حداقل ماهانه یک نمونه خلط از نظر اسمیر AFB گرفته شود تا زمانی که دو نمونه متوالی منفی شود. • برای تصمیم گیری درباره طول دوره فاز نگهدارنده باید ۸ هفته بعد از شروع درمان نمونه های خلط گرفته شود. 	پیگیری
دستورالعمل بالینی کشوری سل و HIV	منابع



ضمیمه ۱ جدول ۳-۷- درمان ضد سل در مبتلایان به HIV/AIDS با سل فعال

درمان نگهدارنده	رژیم درمانی (فاز اولیه)	
HR 4 months	HRZE 2 months	بیمار جدید
HRE 5 months	HRZES 2 months plus HRZE 1 month	بیماری که قبلا درمان شده شامل: • عود • درمان ناقص • شکست درمان
ارجاع به مرکز درمانی مرجع (مسیح دانشوری)		سل MDR یا مزمن

E: ethambutol; H: isoniazid; R: rifampicin; S: streptomycin; Z: pyrazinamide

ضمیمه ۲ جدول ۳-۷- درمان ضد سل در مبتلایان به HIV/AIDS با سل فعال

استراتژی شروع ART در بیمار با سل فعال		
ART	درمان سل	خصوصیات
شروع ART دو هفته بعد از درمان ضد سل	شروع سریع درمان	سل ریوی با CD4 کمتر از $100/mm^3$
شروع ART به محض تحمل درمان ضد سل (۲ هفته تا ۲ ماه بعد)	شروع سریع درمان	سل خارج ریوی (بدون توجه به CD4)
شروع ART به محض تحمل درمان ضد سل (۲ هفته تا ۲ ماه بعد)	شروع سریع درمان	سل ریوی با CD4 بین $100-200/mm^3$
شروع ART پس از تکمیل درمان مرحله اولیه سل (فاز حمله ای)	شروع سریع درمان	سل ریوی با CD4 بین $200-350/mm^3$
ART در صورت لزوم پس از تکمیل دوره درمان ضد سل	شروع سریع درمان	سل ریوی با CD4 بیش از $350/mm^3$



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۸-۱- پروفیلاکسی PCP	
واجدین شرایط دریافت خدمت	<ul style="list-style-type: none"> • بر اساس شمارش سلول های CD4 • بیماران با تعداد سلول های CD4 کمتر از ۲۰۰ بدون توجه به مرحله بالینی • بدون دسترسی به شمارش CD4 • بیماران در مرحله بالینی ۲ و ۳ و ۴ • نوزاد متولد شده از مادر HIV⁺
توصیف خدمات	<p>اندیکاسیون شروع و خاتمه درمان:</p> <p>شروع پروفیلاکسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در مبتلایان به HIV: وجود CD4 کمتر از ۲۰۰ و یا مرحله ۲ و ۳ و ۴ بالینی • در نوزادان متولد از مادر مبتلا: از هفته ۶ تولد . <p>خاتمه پروفیلاکسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در مبتلایان به HIV: توصیه عمومی در مورد مدت زمان ادامه کوتریموکسازول، درمان نامحدود می باشد ولی به نظر می رسد که می توان دارو را ۶ ماه پس از تثبیت تعداد سلول های CD4⁺ و ماندن در مقادیر بیش از ۲۰۰، قطع کرد. قطع پروفیلاکسی در کودکان بیش از ۵ سال که تحت درمان ARV نیز هستند نظیر بالغین بوده و پس از اطمینان از تثبیت سلول های CD4⁺ قابل انجام است. اما قبل از رسیدن به ۵ سالگی علی رغم درمان ARV و اصلاح سلول های CD4⁺ باید کوتریموکسازول ادامه یابد. <p>در نوزادان متولد از مادر مبتلا: تا زمان قطعی شدن عدم ابتلا به HIV</p> <p>انتخاب نوع دارو:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تجویز کوتریموکسازول انتخاب اول است. • تجویز داپسون: در افرادی که سابقه واکنش های شدید دارویی به کوتریموکسازول یا سایر ترکیبات سولفامید را دارند، نباید از این دارو در پروفیلاکسی استفاده کرد. بهترین جایگزین، اگر سابقه واکنش دارویی، شدید نباشد بهتر است در ابتدا اقدام به حساسیت زدایی با کوتریموکسازول شود و در صورت واکنش مجدد از داپسون استفاده شود. <p>دوز دارویی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کوتریموکسازول: پیشگیری در بالغین شامل ۲ عدد قرص (هر قرص حاوی تریمتوپریم ۴۰۰ + سولفامتوکسازول ۸۰ است) در روز می باشد. • داپسون: دوز داپسون بصورت ۱۰۰mg روزانه است.



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۸-۱- پروفیلاکسی PCP	
<p>عوارض دارویی: توجه به عوارض دارویی ناشی از کوتریموکسازول از مهم ترین اقدامات مراقبتی در این زمینه می باشد. اگرچه عوارض شدید ناشی از این دارو شایع نیست ولی در مواردی ممکن است عارض شده و حتی منجر به مرگ بیمار شود که شامل: exfoliative rash منتشر، سندروم استیون جانسون، آنمی شدید و پان-سیتوپنی است که بلافاصله باید درمان قطع شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • با توجه به این که خطر عفونت های فرصت طلب در مادر باردار به مراتب بیشتر از عوارض کوتریموکسازول بر جنین است، در صورتی که مادر طبق طبقه بندی فوق جزء گروهی قرار بگیرد که نیازمند دریافت کوتریموکسازول باشد، باید بدون توجه به سن حاملگی دارو تجویز شود. • تمام نوزادان متولد شده از مادر HIV⁺ از سن ۶ هفتگی تحت درمان پیشگیرانه با کوتریموکسازول قرار گیرند. این دارو تا زمانی که تشخیص HIV در نوزاد رد شود ادامه خواهد یافت. 	
<p>پس از پذیرش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط پزشک، تاریخ شروع درمان و رژیم درمانی تعیین می شود. • بر اساس تجویز پزشک، کارت پروفیلاکسی توسط تحویل دهنده دارو صادر شده و در پرونده بیمار قرار می گیرد. و مشخصات بیمار در دفتر پروفیلاکسی ثبت می شود. • بیمار ماهیانه به پزشک مراجعه و پس از معاینه و بررسی، دارو برای یک ماه تجویز می شود. • داروها ماهیانه توسط تحویل دهنده دارو به فرد تحویل داده می شود و در دفتر پروفیلاکسی و کارت پروفیلاکسی ثبت می شود. • زمان مراجعه بعدی بیمار جهت دریافت دارو به بیمار اعلام می گردد (ترجیحاً در کارت بیمار با مداد ثبت می شود). 	نحوه ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در پرونده بیمار فرم مراقبت بالینی توسط پزشک. • ثبت در کارت پروفیلاکسی بیمار در پرونده توسط تحویل دهنده دارو. • ثبت در دفتر پروفیلاکسی توسط تحویل دهنده دارو. 	ثبت
<p>مرکز: گزارش موارد پیشگیری بصورت ماهیانه.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد پروفیلاکسی بصورت هر سه ماه یکبار.</p>	گزارش دهی
<p>پیگیری تلفنی باید ماهیانه باشد.</p>	پیگیری
<p>HIV/AIDS دستورالعمل کشوری مشاوره در مبتلایان به</p>	منابع



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۲-۸- پروفیلاکسی عفونت های قارچی	
<p>واجبین شرایط دریافت خدمت</p> <ul style="list-style-type: none"> • در بیماران HIV⁺ که تعداد سلول های CD4⁺ کمتر از 50-100cells/mm³ باشد. • بیماری که از نظر بالینی در مرحله ۴ باشد. 	
<p>توصیف خدمات</p> <ul style="list-style-type: none"> • قبل از شروع درمان پیشگیری باید عفونت فعال کریپتوککی رد شود. • پروفیلاکسی اولیه با فلوکونازول: دوز فلوکونازول در پیشگیری؛ 200mg/day or 400mg/week or 200mg three times a week است. • انتخاب بعدی ایتراکونازول (200mg/day) می باشد. • استفاده از azole ها (فلوکونازول، ایتراکونازول و...) در پیشگیری از کاندیدیاز مخاطی توصیه نمی شود ولی بصورت موردی در عفونت های بسیار شدید راجعه ممکن است با صلاحدید focal point عفونی تجویز شود. • به دلیل تأثیرات تراتوژن azole ها (فلوکونازول، ایتراکونازول و...)، استفاده از این داروها به عنوان پروفیلاکسی در زنان باردار توصیه نمی شود. • در زنان HIV⁺ تحت درمان پیشگیرانه با azole ها، در صورت حاملگی باید دارو قطع شود. • azole ها (فلوکونازول / کتوکونازول . . .) سمیت کبدی زیادی دارند خصوصا اگر در همراهی با سایر داروهای هپاتوتوکسیک نظیر نویراپین تجویز شود و نیز با سایر داروهایی که توسط سیتوکروم P450 متابولیزه می شوند تداخل دارند. • بهتر است در صورت امکان ضمن دریافت داروها با آزمایشات کبدی (آنزیم های کبدی) مانیتور شود. 	
<p>نحوه ارائه خدمت</p> <p>پس از پذیرش:</p> <p>رژیم درمانی توسط پزشک تعیین می شود و در فرم مراقبت بالینی ثبت می شود.</p> <p>برای بیمار کارت پروفیلاکسی صادر شده و مشخصات وی در دفتر پروفیلاکسی توسط مسئول مربوطه ثبت می شود.</p> <p>بیمار ماهیانه به پزشک مراجعه و پس از معاینه و بررسی، دارو برای یک ماه تجویز می شود.</p> <p>پس از ثبت در دفتر پروفیلاکسی دارو توسط مسئول مربوطه به بیمار تحویل داده می شود.</p> <p>زمان مراجعه بعدی بیمار جهت دریافت دارو به بیمار اعلام می گردد.</p> <p>پس از خاتمه، تاریخ ختم درمان در فرم مراقبت بالینی توسط پزشک و در دفتر پروفیلاکسی توسط مسئول مربوطه ثبت می شود.</p> <p>تاریخ تحویل دارو به بیمار در کارت پروفیلاکسی و دفتر پروفیلاکسی توسط مسئول مربوطه ثبت می شود.</p>	
<p>ثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • ثبت در پرونده بیمار، فرم مراقبت بالینی توسط پزشک. 	



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۸-۲- پروفیلاکسی عفونت های قارچی	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در کارت پروفیلاکسی بیمار در پرونده توسط تحویل دهنده دارو. • ثبت در دفتر پروفیلاکسی توسط تحویل دهنده دارو. 	
<p>مرکز: گزارش موارد پیشگیری بصورت ماهیانه استان: گزارش موارد پیشگیری بصورت هر سه ماه یکبار</p>	گزارش دهی
پیگیری تلفنی، ماهیانه	پیگیری
پروتکل کشوری	منابع



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها	
واجدین دریافت خدمت	واجدین شرایط دریافت ART (به جدول ART مراجعه شود)
توصیف خدمات	<p>مهم ترین و شایع ترین علائم عفونت های فرصت طلب:</p> <p>بثورات پوستی</p> <p>درماتیت سبوره:</p> <ul style="list-style-type: none"> • با افت CD4 شیوع و شدت بیشتری پیدا می کند. • نواحی صورت، سر، سینه، پشت و چین ها را درگیر می کند. پوست چرب همراه با پوسته ریزی، شوره سر و آکنه از علائم شایع است. • درمان: شامل UVB، شامپو یا کرم کتوکونازول، استروئید موضعی، سولفور، coal tar، اسید سالیسیلیک <p>فولیکولیت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در $CD4 < 200$ شیوع بیشتری دارد. • عامل اصلی استافیلوکک است که در نیمی از موارد این افراد ناقل استافیلوکک در بینی خود هستند. • استفاده از پماد موضعی موپیروسین در کاهش استافیلوکک بینی مؤثر است. <p>پسوریازیس:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت بروز در این بیماران شدت بیشتری پیدا می کند. • در بیماران با زمینه پسوریازیس قبلی، با ابتلا به HIV علائم پوستی تشدید می شود. • با شروع درمان ARV اغلب علائم پوستی بهبود می یابد. <p>زونا:</p> <p>بروز زونا نشانگر افت متوسط سیستم ایمنی است و می تواند اولین علامت بالینی نقص ایمنی باشد. علائم بصورت درد شدید، درگیری وسیع پوستی، درگیری اعصاب کرانیال یا درماتوم های سرویکال است. ممکن است ضایعات بصورت منتشر بوده و چندین درماتوم درگیر شود ولی درگیری احشایی وجود ندارد. احتمال حملات مکرر زونا در این افراد تا ۲۰٪ گزارش شده است. عوارض دردناک عصبی نیز بیشتر خواهد بود.</p> <p>درمان: آسیکلوویر: 800 mg، ۵ بار در روز، به مدت ۷-۱۰ روز</p> <p>پاپول های خارش دار:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در موارد $CD4 < 50$ تا ۲۵٪ موارد دیده می شود. • پاپول های متعدد، مزمن، خارش دار و هیپرپیگمانته که بطور منتشر و قرینه در تنه و اندام هاست. • درمان با داروهای ضد خارش و UVB <p>ضایعات ویروس هرپس سیمپلکس:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حملات مکرر تبخال دهانی، تناسلی و اطراف مقعدی دیده می شود. • علائم بصورت ضایعات بسیار دردناک و وزیکول های قرمز رنگ است که در ناحیه گلوئیتال شایع تر است. تظاهرات آتیپیک بیماری شایع است و بثورات جلدی تمایل به مزمن شدن دارند.



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها	
<ul style="list-style-type: none"> • درمان استاندارد آسیکلوویر است. درمان در بیماران HIV با دوز بیشتر، طولانی تر و گاه تا پایان عمر (درمان مهار کننده) است. • هرپس دهانی: آسیکلوویر خوراکی ۴۰۰mg، ۵ بار در روز، به مدت ۷روز • درمان نگهدارنده: ۴۰۰mg، دو بار در روز • هرپس ژنیتال اولیه: ۲۰۰mg آسیکلوویر، ۵ بار در روز، به مدت ۱۰روز • هرپس ژنیتال مکرر: ۲۰۰mg، ۵ بار در روز، به مدت ۵ روز <p>مولوسکوم کنتاژیا زوم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • با رسیدن CD4 ها به زیر ۱۰۰ حدود ۲۰-۱۰٪ بیماران، مبتلا می شود. • ضایعات نافدار و رنگ پوست که در تمام بدن منتشر و بصورت فرم زگیلی دیده می شود. • درمان: کرایو، کورتاژ، ترتینوئین، imiquimod، پدوفیلین و ... <p>واکنش های دارویی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در این بیماران بسیار شایع است. مصرف داروهای مختلف و نیز قابلیت حساسیت زایی بیشتر این داروها و هم زمانی ابتلا به ویروس هایی نظیر CMV و EBV از علل شیوع حساسیت های دارویی در این بیماران است (میزان حساسیت به کوتریموکسازول تا ۶۵٪ می باشد) • شایع ترین بثورات دارویی به شکل ضایعات شبیه سرخک است که ۱۰-۷روز پس از شروع دارو ایجاد شده و با قطع دارو برطرف می شود • علائم دیگر بصورت وسکولیت، کهیر و آنافیلاکسی، اریتم مولتی فرم، سندرم استیون جانسون و TEN هم ممکن است عارض شود. • اولین اقدام درمانی، قطع داروی مولد حساسیت است و متعاقباً از آنتی هیستامین ها و استروئید استفاده می شود ولی در مواردی ممکن است به دلیل الزام در ادامه دادن دارو اقدام به حساسیت زدایی شود. <p>زخم های دهانی و اختلال بلع:</p> <p>زخم های دهانی شایع :</p> <p>برفک (کاندیدیا زیز) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • اغلب در زمینه $CD4 < 300$ ایجاد می شود. علائم بصورت اگزودای سفید و پنیری بر روی مخاط ملتهب و قرمز رنگ. بطور شایع در ناحیه کام نرم دیده می شود اما اولین علائم ممکن است در حاشیه لثه ها باشد. • تشخیص با آزمایش مستقیم و دیدن پسودوهیف هاست. <p>لکوپلاکی مویی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اغلب در زمینه $CD4 < 300$ ایجاد می شود. علائم بصورت لژیون های سفید و مویی شکل در طول حاشیه زبان و گاه مخاط داخل دهانی مجاور آن است. ارتباط شناخته شده با ویروس EBV دارد. • اغلب نیاز به درمان ندارد ولی در موارد بسیار شدید از یدوفیلین موضعی یا آسیکلوویر استفاده می شود. 	



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب

جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها

<p>آفت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیشتر در ناحیه اروفارنکس خلفی است. علائم بصورت ضایعات دردناک است که گاه مانع از بلع می شود. • درمان: استفاده از ضد دردهای موضعی <p>ازوفازیت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم بصورت بلع دردناک و درد رترواسترنال است. معمولاً علل ایجاد کننده کاندیدا، CMV و یا HSV است. • تشخیص قطعی با آندوسکوپی صورت می گیرد. <p>سرفه و تنگی نفس:</p> <p><i>پنومونی باکتریال:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ شایع ترین علل ایجاد کننده پنوموکک و هموفیلوس آنفلوآنزا است. ✓ پنومونی پنوموکی ممکن است اولین عفونت جدی در زمینه HIV باشد. ✓ در هر مرحله ای از بیماری دیده می شود و به عنوان عفونت شدید باکتریایی محسوب می شود. ✓ علائم: تب، سرفه های خلطدار (خلط آجری رنگ از مشخصات پنومونی پنوموکی است)، تنفس تند، تنگی نفس، ضعف و بدحالی و ... ✓ تغییرات رادیولوژیک که بر اساس وضعیت ایمنی فرد متفاوت است ولی معمولاً بصورت قوام لوبر (طرح پارانشیمال) و گاه افیوژن پلورال تظاهر می کند. انفیلتراسیون پری برونکیال میتواند نشانگر درگیری با عوامل پنومونی آتیپیک باشد. ✓ انتخاب آنتی بیوتیک بر اساس اتیولوژی احتمالی خواهد بود. درمان باید در جهت پوشش کامل عواملی چون پنوموکک، هموفیلوس آنفلوآنزا و عوامل آتیپیک (میکوپلاسما، کلامیدیا، لژیونلا) باشد. <p><i>سل:</i></p> <p>علائم:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ریوی: سرفه بیش از ۲ هفته، تب، تعریق، کاهش وزن ۲. خارج ریوی: تب، کاهش وزن و ... <p>برای اطلاعات کامل تر به جدول ارزیابی سل در HIV مراجعه شود.</p> <p>PCP</p> <ul style="list-style-type: none"> • عوامل خطر زمینه ساز ایجاد آن شامل: CD4 کمتر از ۲۰۰ یا CD4 کمتر از ۱۵٪، PCP قبلی، برفک دهانی و پنومونی های راجعه باکتریال • علائم: تنگی نفس پیشرونده، تب، سرفه های خشک، درد قفسه سینه در ناحیه رترو استرنال که با نفس کشیدن بدتر می شود و گاه بصورت سوزشی تظاهر می کند، احساس ناراحتی ریه ها، تنفس تند ... 	
---	--



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آن ها	
<p>• گاه بصورت مزمن با علائم غیر اختصاصی تظاهر می کند. PCP در تشخیص افتراقی هر بیمار HIV^+ با تب، علائم ریوی و کاهش وزن در زمینه $CD4 < 200$ قرار می گیرد.</p> <p>• تشخیص: علائم بالینی، آزمایش خون، رادیوگرافی، اسکن ریه</p> <p>↳ شایع ترین یافته رادیولوژیک یک گرافی قفسه صدری نرمال است. در مواردی بصورت انفیلتراسیون اینترستیشیال مختصر دو طرفه دیده می شود. یافته کلاسیک رادیولوژیک PCP بصورت <i>dense perihilar infiltrate</i> در ایدز شایع نیست.</p> <p>↳ علائم آزمایشگاهی: لکوسیتوز مختصر، هیپوکسمیا در ABG، تأیید وجود ارگانیزم در نمونه های خلط، لاواژ برنکوآلوئولار، بیوپسی تراکتو برنکیال یا بیوپسی باز ریه، استفاده از PCR</p> <p>• برای تشخیص مشاوره با فوکل پوینت عفونی ضروری است.</p> <p>• درمان: درمان استاندارد کوتریموکسازول (سولفامتوکسازول/تری متوپریم 480mg) با دوز 15mg/kg براساس ملح تریمتوپریم است. طول دوره درمان ۲۱ روز می باشد. و متعاقباً درمان پروفیلاکسی ادامه خواهد داشت. در موارد حساسیت به کوتریموکسازول می توان از داپسون/تری متوپریم استفاده کرد.</p>	<p>تشخیص افتراقی یافته های رادیولوژیک در درگیری ریوی:</p> <p><i>انفیلتراسیون بینابینی منتشر:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCP • سل • عفونت های قارچی • عفونت های ویروسی • سندروم حساسیت به آباکویر <p><i>توده یا ندول:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • سل • کریپتوکوک • عفونت های قارچی و نوکاردیا • لنفوم • سارکوم کاپوشی <p><i>ضایعات حفره دار (کاویتنه):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • پنومونی باکتریال • مایکوباکتریوم توبرکولوز • مایکوباکتریوم آویوم اینترا سلولار



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها	
<ul style="list-style-type: none"> • عفونت های قارچی آدنویاتی ناف ریه : <ul style="list-style-type: none"> • سل • عفونت های قارچی • لنفوم انفیلتراسیون (تجمد) فوکال : <ul style="list-style-type: none"> • پنومونی باکتریال • سل • لژیونلا گرافی طبیعی با وجود علائم تنفسی: <ul style="list-style-type: none"> • PCP • سل • کریپتوکوک سر درد و تغییر هوشیاری : <p>ابتدا باید به فکر عفونت هایی که اورژانسی هستند باشیم.</p> <p>مننژیت :</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم شامل سردرد، سفتی گردن، تب، کاهش هوشیاری، عدم تمرکز به زمان و مکان، تحریک پذیری و ... می باشد. سریعاً اقدام و به بیمارستان ارجاع شود. • شایع ترین عوامل ایجاد کننده شامل کریپتوکوک، سیفیلیس، لیستریا، توبرکولوز می باشد. <p>انسفالیت :</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم شامل تشنج، اختلال درکی، تظاهرات روانی، اختلال هوشیاری، تغییرات حسی می باشد. سریعاً اقدام و به بیمارستان ارجاع شود. • شایع ترین عوامل ایجاد کننده شامل سیفیلیس، ویروس سیتومگالو، هرپس سیمپلکس، توکسوپلاسموز می باشد. <p>ضایعات کانونی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم شامل سردرد، علائم فوکال نظیر فلج اعصاب مغزی، فلج های یک طرفه، اختلال تکلم، اختلال هوشیاری و ... می باشد. سریعاً اقدام و به بیمارستان ارجاع شود. • شایع ترین عوامل ایجاد کننده شامل توکسوپلاسموز، لنفوم می باشد. <p>از سندروم های عصبی ناشی از عفونت های فرصت طلب می توان به مورد زیر اشاره کرد:</p>	



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها	
<p>میلیت :</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم شامل پاراپارزی، اختلال اسفنکتری (ادرار و مدفوع)، فلج اندام تحتانی و . . . می باشد. سریعاً اقدام و به بیمارستان ارجاع شود. • شایع ترین عوامل ایجاد کننده شامل ویروس سیتومگالو، هرپس سیمپلکس، واریسلا زوستر، سیفلیس، توکسوپلاسموز می باشد. <p>تغییرات بینایی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • باید از بیمار سؤال کنید. • معاینه ته چشم از ضروریات معاینه کامل در افراد HIV/AIDS است. • علائم شایع شامل کدورت بینایی، مات شدن دید، احساس جرقه، دیدن نقاط شناور در محدوده دید و نهایتاً کوری می باشد. در صورت بروز علائم فوق سریعاً ارجاع شود. • از مهم ترین عوامل ایجاد کننده سیتومگالوویروس است. • پروفیلاکسی در شرایط CD4 کمتر از ۵۰ توصیه می شود. • درمان با گان سیکلوویر و فقط با تشخیص و تجویز فوکل پوینت عفونی می باشد. <p>اسهال مزمن:</p> <p>دفع مدفوع آبکی بیش از ۲ بار در روز برای مدت بیش از ۳۰ روز به عنوان اسهال مزمن است.</p> <p>عوامل شایع مولد اسهال در زمینه $CD4 < 200$ شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ باکتریال: E.coli مهاجم، میکوباکتریال (MAC) ◀ پارازیتی: کریپتوسپوریدیا، میکروسپوریدیا، ژiardیا ◀ ویروسی: CMV و HSV <p>در هر نوع اسهال، مهم ترین اقدام درمانی تامین آب و الکترولیت مورد نیاز بیمار است. اسمیر و کشت مدفوع می تواند در تفکیک اسهال های مهاجم و باکتریال از بقیه موارد کمک کننده باشد. بررسی اولیه هر بیمار HIV^+ با اسهال شامل آزمایش مدفوع، کشت مدفوع، بررسی از نظر انگل ها و تخم آنها و ردیابی سم کلستریدیوم دفیسیل است و متعاقباً ممکن است نیاز به بررسی های آندوسکوپی و بیوپسی باشد.</p> <p>در صورتی که اسهال بیش از یک ماه طول بکشد و نتایج بررسی های آزمایشگاهی منفی باشد باید به فکر انتروپاتی ناشی از HIV بود.</p> <p>درمان :</p> <p>باکتریال:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس: • Clarithromycin 500 mg po bid + Ethambutol 15 mg/kg/day +/- Rifabutin 300 mg/day • Azithromycin 600 mg/day + EMB +/- rifabutin 	



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب

جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها

پارازیتی:

✓ کریبتوسپوریدیا: بهترین اقدام شروع ART است.

Paromomycin 1000 mg po bid or 500 mg qid > 4 wks

Azithromycin 600 mg/d + paromomycin >4 wks

تغذیه کافی نقش مهمی در کنترل علائم دارد.

✓ میکروسپوریدیا: بهترین اقدام شروع ART است.

Albendazole 400-800 mg po bid > 3 wks

✓ ژیاودییا: Metronidazole 250 mg tid PO / 10 d

اختلالات هماتوپویتیکی:

لنفادنوپاتی:

- لنفادنوپاتی مداوم ژنرالیزه (PGL): معمولاً به عنوان اولین یافته HIV است. علائم بصورت وجود غدد لنفاوی (بیش از 1cm) در ۲ یا چندین ناحیه خارج اینگوینال بدون علت مشخص است. غدد دارای حاشیه مشخص و متحرک هستند. اساساً ارتباطی با پیشرفت بیماری و بروز آیدز ندارد و در مراحل مختلف ممکن است دیده شود.

- لنفادنوپاتی غیر PGL: عوامل ایجاد کننده بر اساس تعداد سلول های CD4 متفاوت است:

- لنفادنوپاتی در حضور $CD4 > 200$: باید به فکر سل، لنفوم و سارکوم کاپوشی بود.

- لنفادنوپاتی در حضور $CD4 < 200$: باید به فکر مایکوباکتریوم آتیبیک، توکسوپلاسموز،

عفونت های منتشر قارچی و ... بود.

برای لنفادنوپاتی در مراحل اولیه بیماری HIV جز در موارد وجود علائمی از عفونت سیستمیک نظیر تب و کاهش وزن نیازی به بیوپسی نیست.

آنمی:

بسیار شایع است. در مواردی که علت مشخص قابل درمان وجود نداشته باشد، پیش آگهی بدتر است. در مواردی ممکن است آنمی بقدری شدید باشد که نیاز به تزریق مکرر خون وجود داشته باشد.

علل شایع و قابل برگشت آنمی در زمینه HIV شامل:

- عوارض دارویی: شایع ترین داروها زیدوودین (آنمی با MCV افزایش یافته)، داپسون (آنمی همولیتیک) در زمینه کمبود G6PD،

- عفونت های مایکوباکتریایی و قارچی

- سوء تغذیه: کمبود ویتامین B12 و با شیوع کمتر اسید فولیک

- parvovirus B19 infections: به درمان با IVIg به خوبی پاسخ می دهد.

در صورت نیاز به درمان با اریتروپویتین با دوز کیلوگرم/میکروگرم ۱۰۰ سه بار در هفته تجویز می شود.



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها	
<p>لکوپنی:</p> <ul style="list-style-type: none"> در نیمی از بیماران در طول دوره بیماری دیده می شود و با پیشرفت بیماری شدیدتر می شود. گاه با بروز نوتروپنی ($PMN < 500$) فرد مستعد ابتلا به عفونت های مختلف باکتریال می گردد و ممکن است نیاز به تزریق (G-CSF) و GM-CSF باشد. <p>ترومبوسیتوپنی:</p> <ul style="list-style-type: none"> می تواند از علائم اولیه عفونت HIV باشد. اغلب شبیه به ترومبوسیتوپنی ناشی از idiopathic thrombocytopenic purpura بوده و ناشی از بروز کمپلکس های ایمنی است. در مراحل اولیه عفونت HIV، ترومبوسیتوپنی می تواند ناشی از classic thrombotic thrombocytopenic purpura باشد که با علائمی بصورت تب مداوم، ترومبوسیتوپنی، آنمی همولیتیک، اختلالات عصبی و کلیوی تظاهر می کند. اغلب با شروع درمان ARV بسرعت اصلاح میشود. در صورت وجود پلاکت کمتر از ۲۰۰۰۰ نیاز به اقدامات اورژانسی و تجویز IVIg می باشد. 	<p>نحوه ارائه خدمت</p> <ul style="list-style-type: none"> مراجعه ماهیانه جهت ویزیت و معاینه توسط پزشک عمومی ارجاع به فوکل پوینت عفونی در شرایط ذیل: <p>اندیکاسیون ارجاع و مشاوره با فوکل پوینت عفونی در سرفه و تنگی نفس:</p> <ul style="list-style-type: none"> سرفه بیش از ۲ هفته سرفه خلطدار تنفس بسیار سریع تب بالای ۳۹ درجه ضربان قلب ۱۲۰ یا بیشتر لتارژی عدم توانایی راه رفتن سرفه همراه کاهش وزن سرفه همراه عرق شبانه <p>اندیکاسیون ارجاع و مشاوره با فوکل پوینت عفونی در صورت وجود سردرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دست دادن عملکرد معمول بدن علائم فوکل عصبی خشکی یا سفتی گردن گیجی حاد سابقه ضربه اخیر به سر تشنج اخیر، تغییرات رفتاری، شناختی و تکلم



جدول ۸- کنترل عفونت های فرصت طلب	
جدول ۳-۸- عفونت های فرصت طلب شایع و درمان آنها	
<ul style="list-style-type: none"> • فشار دیاستولیک بالای ۱۲۰ میلیمتر جیوه • تداوم بیش از یک هفته <p>ضرورت های ارجاع در اسهال :</p> <ul style="list-style-type: none"> • لتارژی یا گیجی بیمار • گود افتادن چشم ها • عدم توانایی آشامیدن • استفراغ های مکرر • کاهش تورگور پوستی • تب و اسهال خونی • اسهال بیش از ۵ روز <p>ضرورت های ارجاع در اختلالات خونی :</p> <ul style="list-style-type: none"> • هموگلوبین کمتر ۸ • لکوپنی کمتر از ۱۵۰۰ یا $PMN < 500$ • پلاکت کمتر ۵۰۰۰۰ • تب مداوم و ترومبوسیتوپنی <p>ضرورت های ارجاع در علائم پوستی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بثورات منتشر در بدن همراه با تب • اریتم منتشر بدن • بثورات پوستی همراه با ضایعات مخاطی • ادم در ناحیه صورت و راه های تنفسی • شروع درمان عفونت های فرصت طلب توسط focal point عفونی • ثبت نتایج معاینه و اقدامات انجام شده در فرم سیر معاینات بالینی در پرونده بیمار • تحویل دارو توسط داروبار 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در پرونده بیمار فرم مراقبت بالینی توسط پزشک. • ثبت در کارت پروفیلاکسی بیمار در پرونده توسط تحویل دهنده دارو. • ثبت در دفتر پروفیلاکسی توسط تحویل دهنده دارو. 	ثبت
<ul style="list-style-type: none"> • مرکز: بصورت ماهیانه 	گزارش دهی
<ul style="list-style-type: none"> • بر حسب علامت ایجاد شده و درمان ارائه شده تصمیم گیری می شود. 	پیگیری



جدول ۹- درمان ضد رتروویروسی		
واجدین شرایط ART بر مبنای دسترسی به CD4 و بدون دسترسی به آن تقسیم بندی می شوند		واجدین شرایط دریافت خدمت
زمانی که امکان اندازه گیری CD4 باشد:		
پیشنهادات	تعداد CD4 cell	WHO مرحله بالینی
درمان کنید	<200/mm ³	1
شروع درمان در شرایط خاص**	200-350/mm ³	
درمان کنید	<200/mm ³	2
شروع درمان در شرایط خاص**	200-350/mm ³	
درمان کنید	<350/mm ³	3
درمان کنید	بدون توجه به CD4	4
زمانی که CD4 در دسترس نیست:		
پیشنهادات	تعداد کل لنفوسیت ها (TLC)	WHO مرحله بالینی
درمان کنید	بدون توجه به تعداد کل لنفوسیت ها	4
درمان کنید	بدون توجه به تعداد کل لنفوسیت ها	3
درمان کنید	TLC < 1200	2
جدول تقسیم بندی مراحل بالینی ضمیمه شده است.		
**منظور از شرایط خاص زمانی است که بار ویروسی فرد بیش از ۱۰۰,۰۰۰ بوده یا افت CD4 خیلی سریع باشد.		
مشاوره شروع درمان ARV:		توصیف خدمات
<p>لازم است با بیمار درباره آمادگی قبول مصرف یک رژیم دارویی دشوار و بالقوه سمی و لزوم مراجعه های بعدی برای ویزیت های پیگیری، بطور مفصل گفتگو شود. بیمار باید درک کند که اولین رژیم درمانی بهترین فرصت را برای سرکوب ویروس و تجدید ساختار ایمنی فراهم می کند. بیمارانی که در کمتر از ۹۵٪ موارد داروها را با دوز مناسب و زمان مناسب مصرف کنند پاسخ ویرولوژیک و ایمونولوژیک ضعیفی خواهند داشت. باید مطمئن شوید که بیماران دستورات مصرف درباره دوزاژ، برنامه، نیازها و محدودیت های غذایی، نحوه نگهداری دارو، اثرات نامطلوب، سمیت دارویی و نوع واکنش هایی که باید فوراً گزارش شوند و نیز آمادگی های لازم برای اثرات نامطلوب را درک کرده اند.</p>		



جدول ۹- درمان ضد رتروویروسی

تجویز داروهای ART:

تعداد سلول‌های CD4 بهترین نشانگر و بار ویروسی دومین نشانگر برای تصمیم‌گیری شروع درمان است. در شرایط محدود تعداد کل لنفوسیت‌ها (TLC) می‌تواند جایگزین تعداد CD4 شود. رژیم‌های درمانی ARV بر اساس دستورالعمل کشوری در جدول زیر خلاصه شده است:

Table3. Initial Antiretroviral Regimens

Preferred Regimens	
Efavirenz+ lamivudine + zidovudine	
Or	
Nevirapine + lamivudine + zidovudine	
Alternative Regimens	
NNRTI-Based	Efavirenz + lamivudine + (abacavir or didanosine or stavudine) Or Nevirapine+ lamivudine +(stavudine or didanosine or abacavir)
PI-Based	Nelfinavir + lamivudine + (zidovudine or stavudine or abacavir or didanosine)
3 NRTI-Based	Abacavir + zidovudine + lamivudine

نکات مهم در انتخاب رژیم درمانی

- با توجه به سمیت کبدی ناشی از نویراپین، مصرف آن محدود به بیماران زن با CD4 کمتر از 250 cell/mm^3 و بیماران مرد با CD4 کمتر از 400 cell/mm^3 است. در صورت استفاده از نویراپین برای تحمل بهتر در ۱۴ روز اول شروع درمان با دوز 200mg روزانه داده شود و بعد از ۱۴ روز مقدار دارو به 200mg دو بار در روز افزایش می‌یابد.
- رژیم حاوی سه NRTI (زیدوودین+ لامیوودین+ آباکاویر) تنها در شرایط خاص باید به کارگرفته شود مانند عفونت‌های هم‌زمان با TB یا HCV که نیازمند درمان هم‌زمان هستند و یا بصورت جایگزین در شرایطی که NNRTIs در دسترس نباشد.
- مصرف نلفیناویر در زنان باردار ممنوع است.
- تک درمانی یا رژیم دو دارویی کابردی در درمان HIV ندارد.
- رژیم حاوی سه داروی آباکاویر+ تنوفوویر+ لامیوودین نباید استفاده شود.
- ترکیب دو NNRTIs به علاوه یک NRTI نباید استفاده شود.
- دیدانوزین+ استاودین منجر به سمیت بالا به ویژه نوروپاتی محیطی، پانکراتیت و



جدول ۹- درمان ضد تروروپروسی

- اسیدوز لاکتیک می شود.
- ترکیب استاودودین+ زیدوودین بدلیل اثر آنتاگونیسم ممنوع است.
- شناخت سندروم تجدید ساختار ایمنی که در موارد متعدد سندرومهایی شبیه به عفونت های فرصت طلب ایجاد می کند.
- شروع درمان با نویراپین در ۱۴ روز اول با نصف دوز معمول (200mg) و پس از آن با دوز کامل (400mg) خواهد بود.

معاینات بالینی

بیماری که یک رژیم جدید ART را شروع می کند، باید در ماه اول حداقل دوبار برای ارزیابی کارایی، پایداری و قابلیت تحمل و اثرات نامطلوب رژیم ویزیت شود. متعاقباً بیمار ماهیانه ویزیت شود. در هر ویزیت به پایداری بیمار به درمان توجه کافی شود. بعضی سؤالات مهم در این رابطه که باید از بیمار پرسیده شود شامل:

- توضیح نوع و تعداد داروهای مصرفی توسط بیمار
- تعداد موارد عدم مصرف داروها در ۷۲ ساعت یا یک هفته گذشته
- آیا بیمار تمام داروهای روزانه را می خورد؟
- بیشترین علت عدم مصرف دارو توسط بیمار چیست؟
- آیا دارو منجر به بروز عارضه ای در بیمار شده است؟
- چه کسی مسئول دادن دارو به بیمار است؟

پایش آزمایشگاهی بعد از شروع ART:

- بار ویروس: در صورت امکان و دسترسی هر ۶ ماه یکبار انجام شود.
- شمارش سلول CD4: باید هر ۳ ماه یکبار تکرار شود.
- آزمایش های عمومی: طبق جدول آزمایش های دوره ای انجام شود.

تحویل داروهای ART

پایش پایداری به درمان:

طی ویزیت های درمانگاهی معمول سنجیده و ثبت می شود. گزارش خود بیمار مؤثرترین وسیله سنجش پایداری است.

پایش واکنش های نامطلوب به داروهای ART:

بیماران باید آگاهی داشته باشند که لازم است هرگونه واکنش نامطلوب را در اسرع وقت به اطلاع پزشک مرکز برسانند. پیش از شروع داروی جدید باید با بیمار در مورد اثرات شایع دارو



جدول ۹- درمان ضد رتروویروسی

و نحوه به حداقل رساندن شدت این اثرات صحبت کرد. برای ارزیابی واکنش های دارویی باید به موارد زیر توجه کرد:

- شدت، زمان شروع و دفعات علائم را مشخص کنید.
- ارزیابی شدت واکنش به منظور تعیین لزوم ادامه یا قطع رژیم فعلی
- عوارض جانبی جدی و تهدید کننده حیات، در پروتکل مراقبت و درمان ذکر شده است.
- آباکاویر خطر سندرم افزایش حساسیت را در پی دارد که می تواند مرگ آور باشد.
- با توجه به عوارض جانبی استاودین، زمانی انتخاب می شود که سایرگزینه ها در دسترس نباشد.

نکات مهم در روند درمان ضد رتروویروسی

قطع یا وقفه درمان ضد رتروویروسی: وقفه ناخواسته درمان ضد رتروویروسی ممکن است به دلیل سمیت جدی دارو، وقوع بیماری، جراحی های مانع درمان خوراکی و یا در دسترس نبودن داروها لازم باشد.

وقفه های کوتاه مدت: در صورت تصمیم به وقفه های کوتاه مدت در درمان باید به موارد زیر توجه کرد:

- زمانی که همه اجزای رژیم دارای نیمه عمر یکسان هستند و برای جذب بهتر نیاز به غذا ندارند، همه داروها باید هم زمان قطع شوند و یا در صورت امکان با یک جرعه آب تجویز شوند. برای شروع مجدد، همه داروها با هم شروع شوند.
- زمانی که همه اجزای رژیم دارای نیمه عمر یکسان هستند و برای جذب کافی نیاز به غذا دارند ولی بیمار نباید تا مدتی از راه دهان چیزی بخورد، همه داروها با هم قطع می شود و به محض اینکه بیمار بتواند تغذیه خوراکی را دوباره شروع کند، مجدداً آغاز خواهد شد.
- زمانی که رژیم ضد رتروویروسی شامل داروهایی با نیمه عمرهای مختلف باشد، قطع هم زمان همه داروها ممکن است منجر به مونوتراپی با دارویی شود که بیشترین نیمه عمر را دارد. به این دلیل در قطع یک رژیم RTI/NNRTI بهتر است ابتدا NNRTI قطع شود و حدود هفت روز بعد NRTI نیز قطع شود.
- زمانی که بیمار مبتلا به یک سمیت جدی یا تهدید کننده حیات شود، همه اجزای رژیم دارویی صرف نظر از نیمه عمر دارو باید هم زمان قطع شود.
- در بیماران مبتلا به عفونت هم زمان هیپاتیت B که تحت درمان با یک یا چند داروی NRTI مؤثر بر هیپاتیت B (لامیوودین یا تنوفویر) هستند ممکن است در صورت قطع دارو هیپاتیت تشدید شود و باید به دقت مراقبت شوند.



جدول ۹- درمان ضد رتروویروسی	
<p>درمان ضد رتروویروسی در مصرف کنندگان تزریقی مواد: به دستورالعمل مصرف مواد و HIV مراجعه شود.</p> <p>درمان ضد رتروویروسی در هیپاتیت B & C: به دستورالعمل بررسی شکایات ویژه و درمان ویژه بیماری ها در HIV/AIDS مراجعه شود.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • تصمیم‌گیری جهت شروع ART و انتخاب رژیم دارویی به‌عهده focal point عفونی است. • در ابتدا کارت درمان/پروفیلاکسی (در فرم مراقبت بالینی) برای بیمار تشکیل می‌شود. • دلایل شروع ART (بالینی و پاراکلینیک) در پرونده درمان دقیقاً قید شود. • یک نفر (که معمولاً از اعضای خانواده یا دوستان بیمار است) به عنوان ناظر مصرف داروهای بیمار انتخاب و تحت مشاوره و آموزش توسط پزشک قرار می‌گیرد. • در ابتدا دارو بصورت هفتگی به بیمار داده می‌شود تا در مراجعات بیمار عوارض داروها و میزان تمکین وی سنجیده شود. • بتدریج دارو برای مدت طولانی‌تر به بیمار داده می‌شود و نهایتاً در صورت اطمینان از تمکین بیمار و تحمل مصرف داروها، داروها بصورت ماهیانه به بیمار تحویل داده می‌شود. • ثبت دقیق روزهای مصرف دارو در پرونده بیمار صورت می‌گیرد. • کپی صفحه جدول مصرف روزانه دارو (مربوط به پرونده درمان) به بیمار داده شده و از وی یا ناظر درمان می‌خواهیم که هرروز که دارو مصرف می‌کند آن را علامت بزند. • زمانی که برای دریافت مجدد دارو مراجعه می‌کند با ارائه جدول مربوطه تعداد روزهای مصرف داروها معین و در پرونده بیمار وارد می‌شود. • مشخصات موارد جدید تحت درمان ضد رتروویروسی در دفتر درمان ضد رتروویروسی ثبت می‌شود. • در صورت تغییر رژیم درمانی یا قطع درمان، موارد توسط پزشک در کارت درمان و همچنین دفتر درمان ضد رتروویروسی ثبت می‌گردد. • صفحه معاینات بالینی ماهیانه پرونده درمان، بطور منظم توسط پزشک تکمیل می‌شود. • پس از معاینه ماهیانه، داروها توسط پزشک تجویز شده و بیمار جهت دریافت داروها به مسئول مربوطه ارجاع می‌شود. • بیمار توسط پزشک برای انجام آزمایشات دوره ای حین درمان به مراکز مربوطه ارجاع می‌شود. • ثبت نتایج آزمایشات توسط پزشک در پرونده درمان انجام می‌شود. • در صورت بروز هرگونه عارضه یا مشکلات احتمالی به focal point عفونی ارجاع شود. • بطور منظم focal point عفونی از نتایج آزمایشات و CD4 بیمار باید مطلع شود. 	نحوه ارائه خدمات



جدول ۹- درمان ضد رتروویروسی	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در پرونده بیمار، فرم مراقبت بالینی و جدول مربوطه توسط پزشک • ثبت در کارت درمان/پروفیلاکسی (در فرم مراقبت بالینی) توسط پزشک • ثبت در فرم عوارض دارویی (در صورت بروز عوارض دارویی) توسط پزشک • ثبت در دفتر داروهای ضد رتروویروسی توسط تحویل دهنده دارو • ثبت در دفتر موارد تحت درمان ضد رتروویروسی توسط پزشک 	ثبت
<p>مرکز:</p> <ul style="list-style-type: none"> • گزارش موارد ART بصورت ماهیانه • فرم گزارش ماهیانه عوارض دارویی <p>استان:</p> <ul style="list-style-type: none"> • گزارش موارد ART بصورت هر سه ماه یکبار • فرم گزارش سه ماهه عوارض دارویی • گزارش سه ماهه از معاونت بهداشتی به مرکز مدیریت بیماریها 	گزارش دهی
ارزیابی بیمار مبتلا به HIV/AIDS و درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان و نوجوانان	منابع



ضمیمه جدول ۹: تکرار ویزیت ها و بررسی های آزمایشگاهی، عمومی و بر حسب مصرف ARV خاص

	Baseline	48 hours	Week 1	Week 2	Week 4	Month 2	Month 3	Month 6	Every 3 to 6 month
Viral load	If possible							If possible	If possible
CD4 count	*					*		*	*
CBC	*				*	*	*	*	*
ALT – AST	*			*(NVP)	*	*(NVP, ZDV, PIs)	*(NVP, PIs)	*	*
Cholesterol Triglyceride	*(PIs)						*(PIs)	*(PIs)	*(PIs)
BUN Creatinin	*			*(TDF)	*(TDF, IDV)			*	*
Visit	*	*	*	*	*	*	*	*	*(every 3 month)



جدول ۱۰- درمان ضد رتروویروسی در بیماران مقاوم به درمان

جدول ۱۰- درمان ضد رتروویروسی در بیماران مقاوم به درمان									
<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p> <ul style="list-style-type: none"> • افراد دچار شکست ویرولوژیک: <ul style="list-style-type: none"> - پاسخ ناقص ویرولوژیک: HIV RNA > 400copies/ml بعد از ۲۴ هفته درمان و یا بیش از 50copies/ml در هفته ۴۸ پس از شروع اولین دوره درمان - عود ویرولوژیک: در بیماری که بار ویروسی تا حد قابل کشف کاهش یافته، در دو نوبت اندازه گیری به فاصله ۸-۴ هفته به بالاتر از 400-1000 copies/ml برسد. • افراد دچار شکست ایمنونولوژیک: <ul style="list-style-type: none"> عدم افزایش تعداد سلول های CD4 طی اولین سال پس از شروع درمان به اندازه 25-50 cell/mm³ یا کاهش تعداد سلول های CD4 به کمتر از تعداد پایه ضمن درمان. • افراد دچار شکست بالینی: <ul style="list-style-type: none"> وقوع یا عود وقایع مرتبط با HIV، پس از حداقل ۶ ماه درمان با رژیم ضد رتروویروسی به جز سندروم های باز ساخت ایمنی 	<p>توصیف خدمات</p> <p>معاینات منظم بالینی: شامل مرور تاریخچه طبی و انجام معاینات فیزیکی از نظر ارزیابی علائم پسرفت بالینی است که اجزای آن شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعیین تغییرات HIV RNA • تعیین تغییرات تعداد سلول های CD4 • بررسی وقوع وقایع بالینی مرتبط با HIV • تاریخچه درمان ضد رتروویروسی و نتایج آزمون های قبلی مقاومت دارویی (در صورت وجود) • نحوه مصرف داروها شامل پایبندی به دوز توصیه شده داروها، تعدد دوز و شرایط ناشتا/غذایی، تحمل به داروها، داروهای هم زمان <p>شروع رژیم های شکست درمان:</p> <p>رژیم های توصیه شده در موارد شکست درمان برای بزرگسالان و نوجوانان:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>رژیم اولیه</th> <th>رژیم شکست درمان</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ZDV+3TC+(EFV or NVP)</td> <td>LPV/r* (ATV/r, IDV/r)+ddI+abc Or LPV/r(ATV/r, IDV/r)+TDF+ABC</td> </tr> <tr> <td>TDF+3TC+(EFV or NVP)</td> <td>LPV/r(ATV/r, FPV/r, IDV/r)+ddI+ABC Or LPV/r(ATV/r, IDV/r)+ddI+ZDV</td> </tr> <tr> <td>ABC+3TC+(EFV or NVP)</td> <td>LPV/r(ATV/r, IDV/r)+ddI+ZDV</td> </tr> </tbody> </table> <p>* LPV/r به عنوان PI انتخابی است.</p>	رژیم اولیه	رژیم شکست درمان	ZDV+3TC+(EFV or NVP)	LPV/r* (ATV/r, IDV/r)+ddI+abc Or LPV/r(ATV/r, IDV/r)+TDF+ABC	TDF+3TC+(EFV or NVP)	LPV/r(ATV/r, FPV/r, IDV/r)+ddI+ABC Or LPV/r(ATV/r, IDV/r)+ddI+ZDV	ABC+3TC+(EFV or NVP)	LPV/r(ATV/r, IDV/r)+ddI+ZDV
رژیم اولیه	رژیم شکست درمان								
ZDV+3TC+(EFV or NVP)	LPV/r* (ATV/r, IDV/r)+ddI+abc Or LPV/r(ATV/r, IDV/r)+TDF+ABC								
TDF+3TC+(EFV or NVP)	LPV/r(ATV/r, FPV/r, IDV/r)+ddI+ABC Or LPV/r(ATV/r, IDV/r)+ddI+ZDV								
ABC+3TC+(EFV or NVP)	LPV/r(ATV/r, IDV/r)+ddI+ZDV								



جدول ۱۰- درمان ضد رتروویروسی در بیماران مقاوم به درمان	
<p>گزینه های احتمالی در مورد شکست رژیم خط اول حاوی PI عبارتند از:</p> <p>ZDV+3TC+SQV/r(or ATV/r .FPV/r .IDV/r)⇒ABC+ddI+LPV/r</p> <p>سایر رژیم ها در دست تحقیق است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • طبق پروتکل درمان کشوری، فقط بیمارانی که شکست ویرولوژیک در آنها ثابت شده باشد کاندید تغییر رژیم درمانی به رژیم های شکست درمان هستند. • ترکیب دیدانوزین و تنوفوویر با کاهش سلول های CD4 یا کند کردن پاسخ سلول های CD4 همراه بوده است. در صورت بروز شکست ایمونولوژیک با این ترکیب، تغییر یکی از این داروها عاقلانه خواهد بود. • چنانچه شکست ایمونولوژیک علل قابل رفع نداشت باید viral load چک شود. اگر سطح ویروس کمتر از محدوده شناسایی باشد رژیم آغازین باید ادامه یابد و اگر بالاتر از ۱۰۰۰-۴۰۰ باشد، یک رژیم شکست درمان شروع شود. • احتمال سندرم های تجدید ساختار ایمنی را که معمولاً طی سه ماه اول بعد از شروع درمان مؤثر ضد رتروویروسی رخ میدهد را بخاطر بسپارید. این موارد به درمان ضد التهابی پاسخ می دهند. • رژیم های شکست درمان باید شامل دو داروی جدید NRTI باشند. در موارد مشکوک به مقاومت هرگز تنها یک دارو را تعویض نکنید. • با رژیم اولیه حاوی NNRTI، رژیم شکست درمان باید شامل یک PI باشد. 	
<p>شروع رژیم های شکست درمان فقط در مراکز مرجع (در حال حاضر تنها مرکز، مرکز تحقیقات ایدز بیمارستان امام خمینی است) مجاز می باشد.</p> <p>پس از تعیین رژیم درمانی مقاوم در بیمار، نحوه ارائه خدمات نظیر دستورالعمل ART خواهد بود.</p>	نحوه ارائه خدمات
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در پرونده بیمار فرم مراقبت بالینی و جدول مربوطه توسط پزشک • ثبت در کارت درمان/پروفیلاکسی (در فرم مراقبت بالینی) توسط پزشک • ثبت در فرم عوارض دارویی (در صورت بروز عوارض دارویی) توسط پزشک • ثبت در دفتر داروهای ضد رترو ویروسی توسط تحویل دهنده دارو • ثبت در دفتر موارد تحت درمان ضد رترو ویروسی توسط پزشک 	ثبت
<p>مرکز:</p> <ul style="list-style-type: none"> • گزارش موارد ART بصورت ماهیانه • فرم گزارش ماهیانه عوارض دارویی 	گزارش دهی



جدول ۱۰- درمان ضد رتروویروسی در بیماران مقاوم به درمان	
<p>استان:</p> <ul style="list-style-type: none"> • گزارش موارد ART بصورت هر سه ماه یکبار • فرم گزارش سه ماهه عوارض دارویی <p>گزارش سه ماهه از معاونت به مرکز مدیریت بیماریها</p>	
<p>موارد پیگیری عیناً نظیر موارد عنوان شده در قسمت پیگیری جدول درمان ضد رتروویروسی در بیماران می باشد.</p>	پیگیری
<p>ارزیابی بیمار مبتلا به HIV/AIDS و درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان و نوجوانان</p>	منابع



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۱-۱-تنظیم خانواده	
واجدین شرایط دریافت خدمت	توصیف خدمات
<p>کلیه افرادی که با HIV زندگی می کنند و از نظر جنسی فعال هستند.</p>	<p>مشاوره:</p> <p>در هر بار مراجعه بیمار باید شرح حال کامل در مورد روابط جنسی بیمار گرفته شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره در زوج هایی که فقط یک نفر HIV⁺ است. • در زوج هایی که هر دو HIV⁺ هستند. • مشاوره در تصمیم گیری <p>برای اطلاعات بیشتر به جدول مشاوره در افراد HIV⁺ و راهنمای کشوری مشاوره در HIV/AIDS مراجعه کنید.</p> <p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روش های مناسب جلوگیری از بارداری برای ممانعت از بارداری و آگاهی در مورد تأثیرات متقابل داروهای ARV با قرص های هورمونی • در صورت تصمیم به بارداری در زوجین، آموزش مداخلاتی که می تواند در کاهش انتقال ویروس مؤثر باشد نظیر محدود کردن تماس های جنسی حفاظت نشده به روزهایی که شانس حاملگی بیشتر باشد. • توصیف خطر اختلالات جنینی ناشی از مصرف بعضی داروهای ARV خصوصاً در سه ماهه اول بارداری • خطر انتقال HIV به جنین و میزان تأثیر داروهای ضدتروویروسی در کاهش انتقال ویروس • توصیف راه کارهای قانونی سقط جنین و عوارض ناشی از سقط های غیر قانونی • توضیح حقوق انسانی افراد مبتلا به HIV، خصوصاً زنان • آموزش نحوه استفاده صحیح از کاندوم • آگاهی زنان مبتلا از حق انتخاب و تصمیم گیری <p>حصول اطمینان درمورد استفاده یکی از روش های پیشگیری از بارداری مطمئن:</p> <p>استفاده از روش های دائمی مانند TL، واکتومی و یا در صورت استفاده از قرص های بارداری (حتی در صورتی که فرد قرص را از این مرکز دریافت نمی کند) لازم است به صورت ماهیانه بررسی از نظر استفاده منظم انجام شود.</p>



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۱-۱۱- تنظیم خانواده	
<p>استفاده توام از کاندوم:</p> <p>به توصیه WHO افراد مبتلا به HIV اساساً باید در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده کنند، به عبارت دیگر در کنار استفاده از یک روش دیگر برای جلوگیری از بارداری های ناخواسته از کاندوم نیز استفاده کنند.</p> <p>ارجاع به مراکز قانونی جهت سقط:</p> <p>در صورت تمایل والدین، میتوان قبل از ۴ ماهگی مادر را جهت سقط قانونی به پزشکی قانونی ارجاع داد.</p>	
<p><u>در صورتی که اولین مراجعه فرد باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد جدید ثبت می شود و پرونده برای وی تکمیل می گردد.</p> <p><u>در صورتی که قبلاً مراجعه کرده باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد تکراری ثبت می شود و پرونده وی در اختیارش قرار می گیرد. مراجع به مشاور ارجاع می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در اولین جلسه مشاوره، آموزش روابط جنسی ایمن به مراجع داده می شود. • در هر جلسه اطلاعات مراجع در مورد روابط جنسی ایمن سنجیده می شود. • مشاور در هر جلسه باید در مورد نوع روابط جنسی بیمار و دفعات استفاده از کاندوم سؤال نماید. • از سؤالات مهم استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی است. • توصیه به استفاده از یک روش مطمئن ضد بارداری (نظیر استفاده هم زمان از کاندوم و قرص های ضد بارداری) باید در هر مراجعه صورت گیرد. • بر حسب شرایط مراجع توصیه به استفاده از روش های قطعی ضد بارداری (لوله بستن در مردان و زنان) ضروری است. • آموزش نحوه استفاده از قرص های ضد بارداری در موارد اضطرار (پارگی کاندوم حین مقاربت، عدم استفاده از کاندوم، تجاوزات جنسی و...) برای جلوگیری از بارداری ضروری است. • در صورت بروز حاملگی، بر حسب تصمیم گیری فرد و در صورت موافقت وی برای سقط جنین طبق ضوابط مربوطه به مراجع قانونی هدایت شود. 	<p>نحوه ارائه خدمت</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در فرم خدمات تنظیم خانواده و مراقبت زنان توسط ماما یا پزشک • ثبت در دفتر پیگیری وضعیت بارداری زنان مبتلا به HIV یا در معرض خطر توسط ماما یا پزشک 	<p>ثبت</p>
<p>پیگیری هر ۳ ماه یک بار در صورت عدم مراجعه</p>	<p>پیگیری</p>
<p>HIV/AIDS</p>	<p>منابع</p>



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۲-۱۱- اقدامات لازم برای زنان باردار	
<p>زنان باردار HIV⁺ کاندید دریافت ART:</p> <p>ملاک شروع ART در زنان باردار نظیر سایر زنان است و بارداری محدودیتی در شروع درمان نیست.</p> <ul style="list-style-type: none"> تمام زنان در مرحله بالینی ۴ بدون توجه به تعداد سلول های CD4+ زنان در مرحله بالینی ۳ با تعداد سلول های CD4+ کمتر از ۳۵۰، در هر صورت تمام زنان در مرحله بالینی ۳ باید درمان شوند. زنان در مرحله بالینی ۱ و ۲ با تعداد سلول های CD4+ کمتر از ۲۰۰ <p>زنان باردار HIV⁺ کاندید دریافت پروفیلاکسی ART</p> <ul style="list-style-type: none"> زنان بارداری که خود کاندید درمان ARV نیستند برای جلوگیری از انتقال ویروس از هفته ۱۶-۱۴ بارداری باید تحت درمان قرار گیرند. 	<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p>
<p>آموزش</p> <p>زنان باردار باید کلیه آموزش های استاندارد را که در دستورالعمل های مراقبت بارداری کشور درج شده دریافت کنند. علاوه بر آن باید در مورد اقداماتی که باید برای نوزاد انجام دهند شامل دادن دارو، پرهیز از دادن شیر مادر و زمان های مراجعه خود و فرزند اطلاع حاصل کنند.</p> <p>تجویز داروی ضد رتروویروسی</p> <p>مادر باردار باید مثل هر مبتلا به HIV از نظر وضعیت بالینی بررسی شود. بر حسب نتیجه معاینه مادر ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> بخاطر شرایط بالینی واجد شرایط دریافت درمان باشد یا تحت درمان است. از نظر بالینی واجد شرایط درمان نیست و درمان را بخاطر پیشگیری از انتقال به کودک دریافت خواهند نمود. <p>مادر باردار HIV⁺ که قبلاً تحت درمان ARV بوده یا اندیکاسیون درمان دارد:</p> <p>رژیم درمانی ضد رتروویروسی در صورتی که مؤثر باشد، ادامه یابد با این حال از مصرف افویرنز در ۳ ماهه اول بارداری خودداری شود. در این صورت اگر CD4 کمتر از ۲۵۰ بود در رژیم حاوی زیدوودین+ لامیوودین+ افویرنز میتوان نوبیراپین را جایگزین افویرنز کرد ولی در تعداد بیشتر از ۲۵۰، آتازاناویر داروی جایگزین انتخابی است.</p> <p>ممکن است بدلیل نبود دارو آباکاویر جایگزین شود.</p>	<p>توصیف خدمات</p>



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک

جدول ۲-۱۱- اقدامات لازم برای زنان باردار

زنان باردار تحت درمان با رژیم‌های حاوی نویراپین که به سرکوب ویروس رسیده‌اند و رژیم درمانی را تحمل کرده اند باید صرف نظر از تعداد CD4 به درمان ادامه دهند.

مادر باردار HIV⁺ که واجد درمان نبوده و باید پروفیلاکسی شود:

زمان شروع: برای افرادی که اندیکاسیون درمان دارند محدودیتی زمانی برای شروع درمان وجود ندارد و تنها باید در رژیم درمانی مطابق دستورات ذیل دقت نمود. در زمانی که از نظر بالینی اندیکاسیون درمان ندارند از هفته ۱۴ بارداری درمان باید شروع شود در صورت تاخیر مراجعه مادر باید درمان در هر زمان آغاز شود.

مادر باردار HIV⁺ که بدون مراقبت قبلی و دیر هنگام یا در زمان زایمان مراجعه کرده است:

حتی اگر مادر باردار خیلی دیر مراجعه کرده باشد، به محض مراجعه باید درمان پیشگیرانه شروع شود. در مواردی که مادر در طول دوران بارداری تحت مراقبت نبوده و یا تشخیص بیماری وی در زمان زایمان باشد، طبعاً در طول بارداری درمان پیشگیرانه دریافت نکرده است. در این شرایط اقدام درمانی مادر شامل:

- زیدوودین تزریقی حین زایمان
- بهترین انتخاب تک دوز نویراپین+ زیدوودین+ لامیوودین در شروع زایمان است و پس از زایمان تا ۷ روز زیدوودین و لامیوودین برای مادر ادامه یافته و نوزاد نیز تحت پروفیلاکسی قرار می گیرد.

نکات مهم در انتخاب دارو:

- رژیم پروفیلاکسی توصیه شده برای زنان باردار طبق پروتکل کشوری در حال حاضر ترکیب زیدوودین+ لامیوودین+ آتازاناویر می باشد. تجویز تزریقی زیدوودین برای تمام زنان باردار HIV⁺ حین زایمان ضروری است (در صورت در دسترس بودن).
- مصرف افویرنز در سه ماهه اول بارداری ممنوع است و باعث اختلال در تکامل neural tube می شود. دارو تأثیر ترانوژن دارد. اهمیت این موضوع به حدی است که زنان HIV⁺ در سنین باروری که تحت درمان با رژیم درمانی ARV حاوی افویرنز هستند، باید از روش پیشگیری از بارداری مطمئن استفاده کنند و حاملگی ممنوع است.
- در صورتی که بیمار تحت درمان با رژیم دارویی حاوی افویرنز باردار شود، در صورت تمایل به ادامه بارداری باید بلافاصله افویرنز بیمار قطع و داروی کم خطرتری جایگزین آن شود (نویراپین، آتازاناویر)
- تجویز افویرنز بعد از ۳ ماهگی ممنوعیت ندارد.
- استاوودین و دیدانوزین خطر بروز اسیدوز لاکتیک را در حاملگی افزایش می دهند و هرگز انتخاب اول نیستند.



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۲-۱۱- اقدامات لازم برای زنان باردار	
<ul style="list-style-type: none"> • اگرچه تجویز نویراپین ممنوعیتی در دوران بارداری ندارد ولی به دلیل سمیت کبدی دارو خصوصاً در زنانی که CD4 بیش از ۲۵۰ دارند، انتخاب مناسبی در دوران بارداری نیست. • در شرایطی که مادر باردار تحت درمان با پروفیلاکسی دارویی از تهوع و استفراغ ناشی از بارداری رنج ببرد و به اقدامات معمول پاسخ ندهد ممکن است مجبور به قطع موقت دارو شویم تا زمانی که قادر به تحمل داروها شود. <p style="text-align: center;">آزمایش‌های حین درمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در بررسی هر زن باردار HIV⁺ باید در ابتدای بارداری و پس از آن هر ۳ ماه یک بار CD4 چک شود. • در صورت مصرف داروی نویراپین، مانیتور مداوم و نزدیک در طی ۱۲ هفته اول شروع دارو الزامی است. این کار با چک آنزیم های کبدی پس از ۲، ۴، ۸ و ۱۲ هفته از شروع درمان صورت می گیرد و در صورت افزایش آنزیم های کبدی به حد ۵ برابر یا بیشتر، برای همیشه دارو قطع خواهد شد. • در شروع درمان دارویی، پایان ماه اول، دوم و چهارم پس از شروع داروها باید CBC و LFT مادر چک شود. <p style="text-align: center;">توصیه های ارائه شده به تیم مسئول زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لازم است هماهنگی های لازم برای زمان زایمان از قبل با یک مرکز انجام شده باشد. در این رابطه موضوع پذیرش بیمار، وجود داروهای مورد نیاز نظیر زیدوودین تزریقی یا داروهای نوزاد باید مورد نظر باشد. • انجام عمل سزارین قبل از پارگی کیسه آب مادر در بیماری که سطح ویروسی بیش از ۱۰۰۰ داشته باشد حدود ۸۰-۵۰٪ خطر انتقال را کاهش می دهد. • پس از شروع جریان زایمان یا پارگی کیسه آب، برتری سزارین بر زایمان طبیعی ثابت نشده است. • در اقدام به سزارین به تصمیم مادر نیز باید احترام گذاشت. • در صورت تصمیم به سزارین از آنتی بیوتیک مناسب برای پیشگیری از عفونت پس از زایمان باید استفاده شود. • در طی زایمان از اقدامات زیر پرهیز شود: <ul style="list-style-type: none"> ◀ آمنیوتومی ◀ fetal scalp electrode/sampling ◀ استفاده از فورسپس یا وکیوم ◀ اپیزیوتومی 	



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۲-۱۱- اقدامات لازم برای زنان باردار	
<p>سایر خدمات همراه:</p> <p>لازم است به همراه این خدمت فرد سایر خدمات از جمله موارد ذیل را دریافت نماید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات بالینی (مشابه سایر افرادی که تحت درمان ضد رترو ویروسی می باشند). • مشاوره تمکین درمان • مراقبت های معمول زنان باردار مطابق پروتکل مراقبت بارداری 	
<p>پس از پذیرش</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط پزشک تاریخ شروع درمان و رژیم درمانی تعیین می شود. • فرم معاینات و مراقبت مامایی زنان باردار توسط مامای مرکز یا پزشک تکمیل می گردد. • از زمان شروع درمان دارویی، فرد ماهیانه برای معاینات بالینی و بررسی از نظر عوارض دارویی باید به پزشک مراجعه کند در ماه آخر بارداری هر ۱۵ روز یکبار مراجعه می کند. • در زمان مقرر درخواست آزمایش های لازم توسط پزشک در برگه درخواست آزمایش فردی ثبت می شود. • مسئول آزمایشگاه پس از ثبت آزمایش در دفتر آزمایشگاه اقدام به اخذ نمونه می نماید(در صورتی که نمونه گیری در مرکز انجام نمی شود فرد را با برگه آزمایش به آزمایشگاه طرف قرارداد مرکز ارجاع خواهد نمود). • داروها ماهیانه توسط دارویار به وی تحویل داده می شود و در دفتر تحویل دارو و فرم دریافت دارو ثبت می شود. 	نحوه ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • صدور کارت پروفیلاکسی و ثبت در کارت پروفیلاکسی مادر باردار توسط پزشک • فرم درمان ضد رترو ویروسی پزشک مرکز • فرم درخواست آزمایش توسط پزشک مرکز • فرم معاینات و مراقبت مامایی زنان باردار توسط مامای مرکز یا پزشک • دفتر ثبت آزمایش توسط مسئول آزمایشگاه • فرم دریافت دارو و دفتر داروی ضد رترو ویروسی توسط تحویل دهنده دارو 	ثبت
<p>مرکز: گزارش موارد زن باردار بصورت ماهیانه</p> <p>استان: فرم گزارش زنان باردار تحت پوشش بصورت هرسه ماه یکبار</p>	گزارش دهی
<p>پیگیری باید ماهیانه و فعال باشد. پیگیری تلفنی و در صورت عدم مراجعه به موقع مطابق پروتکل پیگیری به محل زندگی فرد مراجعه شود.</p>	پیگیری
<p>پروتکل کشوری پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک</p>	منابع



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۳-۱۱- اقدامات لازم برای نوزادان متولد از مادر باردار	
واجدین شرایط دریافت خدمت	توصیف خدمات
کلیه نوزادان متولد شده از مادرانی که با HIV زندگی می کنند.	<p>مراقبت‌های زمان زایمان:</p> <p>توصیه های ارائه شده به تیم مسئول زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شستشوی کامل نوزاد پس از تولد خصوصاً ناحیه صورت • ممانعت از هیپوترمی <p>تجویز شیر خشک:</p> <p>تغذیه با شیر مادر نباید صورت پذیرد و لازم است نوزاد با شیر خشک تغذیه شود.</p> <p>تجویز داروی ART به نوزاد: زمان شروع داروهای پیشگیرانه در نوزاد بسیار مهم است و ترجیحاً قبل از ۱۲ ساعت اول پس از تولد درمان باید شروع شده باشد، تأخیر درمان پس از ۲ روز عملاً تأثیر داروها را از بین می برد.</p> <p>اگر مادر در دوران بارداری بیش از یک ماه ART دریافت کرده باشد، نتیجه پروفیلاکسی نوزاد مطلوب تر خواهد بود.</p> <p>ادامه درمان تا ۶ هفتگی زمان مناسبی است چون حوالی زمانی است که آزمایشات آنتی ژنی نوزاد برای ارزیابی احتمال ابتلا انجام می شود.</p> <p>در صورتی که مادر در زمان بارداری داروهای ART دریافت کرده باشد، تجویز زیدوودین به تنهایی به نوزاد کافی است. دوره درمان ۶ هفته ترجیحاً شروع در ۱۲ ساعت اول تولد با زیدوودین خوراکی (شربت) با دوز 2 mg/kg body weight منقسم در ۴ دوز می باشد.</p> <p>رژیم پیشنهادی در نوزادی که مادرش در طی حاملگی یا زایمان داروهای ART دریافت نکرده است شامل تک دوز نوپراپین با دوز 2 mg per kg بلافاصله پس از تولد (حداکثر در ۱۲ ساعت اول) ۶ هفته زیدوودین می باشد و در هفته اول به همراه زیدوودین لازم است لامیوودین با دوز 2mg per kg در دو دوز منقسم داده می شود.</p> <p>تجویز کوتریموکسازول به نوزاد: نوزادان متولد شده از مادر HIV^+ از سن ۶-۴ هفتگی تحت درمان پیشگیرانه با کوتریموکسازول قرار گیرند. این دارو تا زمانی که تشخیص HIV در نوزاد رد شود ادامه خواهد یافت.</p> <p>آزمایش‌های مورد نیاز :</p> <ul style="list-style-type: none"> • انجام تست‌های تشخیصی جهت رد یا تأیید HIV: ✓ انجام تست های ویرولوژیک پس از ۶ هفتگی (در صورت دسترسی) ✓ انجام تست HIV Ab: <p>لازم به ذکر است از آنجا که آنتی بادی های مادر در خون کودک تا ۱۸ ماهگی می تواند وجود داشته باشد لذا وجود آزمایش الیزای مثبت در این فاصله زمانی هیچ ارزشی ندارد. اما در صورتی که تست الیزا منفی باشد، قابل استناد است.</p>



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۳-۱۱- اقدامات لازم برای نوزادان متولد از مادر باردار	
<p>به همین دلیل می توان در ماه های ۳ و ۶ و ۹ نیز تست الیزا را انجام داد با این تفسیر که مثبت بودن آن نشانه قطعی ابتلا کودک نبوده و می تواند بعلت وجود آنتی بادی مادری باشد. اما در صورت منفی نیاز به ادامه بررسی و مراقبت وجود ندارد.</p> <p>✓ اندازه گیری هموگلوبین در ابتدا و ۶ هفته بعد از تولد نوزاد تحت درمان پروفیلاکسی انجام شود.</p> <p>واکسیناسیون:</p> <p>جدول واکسیناسیون نوزادان متولد از مادر مبتلا به HIV به غیر از موارد ذیل مشابه سایر کودکان است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نوع واکسن پولیوی تزریقی باید استفاده شود. (از پولیو خوراکی استفاده نشود). • ب.ث.ژ و سرخک تا زمانی که وضعیت منفی بودن HIV نوزاد مشخص نشده است تلقیح نمی شود. <p>سایر خدمات همراه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراقبت های معمول کودکان و تکمیل کارت رشد مطابق پروتکل مراقبت کودکان باید انجام شود. 	
<ul style="list-style-type: none"> • داروی مورد نیاز نوزاد باید قبل از تولد نوزاد در اختیار بخش نوزادان یا خانواده وی قرار گیرد. • نوزاد در هفته اول تولد توسط متخصص عفونی مرکز معاینه شود و رژیم درمانی تعیین می شود. • در طی هفته اول پس از شروع کوتریموکسازول، نوزاد از نظر بروز عوارض دارویی توسط پزشک مرکز ویزیت شود. • ویزیت ماهیانه نوزاد توسط پزشک مرکز انجام شود. • در زمان مقرر درخواست آزمایش های لازم توسط پزشک در برگه درخواست آزمایش فردی ثبت می شود. • مسئول آزمایشگاه پس از ثبت آزمایش در دفتر آزمایشگاه اقدام به اخذ نمونه می نماید(در صورتی که نمونه گیری در مرکز انجام نمی شود فرد را با برگه آزمایش به آزمایشگاه طرف قرارداد مرکز ارجاع خواهد نمود). • داروها ماهیانه توسط دارویار به خانواده نوزاد تحویل داده می شود و در دفتر تحویل دارو و فرم دریافت دارو ثبت می شود. 	نحوه ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در کارت درمان/پروفیلاکسی (فرم مراقبت بالینی) توسط پزشک • فرم درخواست آزمایش توسط پزشک مرکز • فرم مراقبت کودک (شیر خشک و واکسیناسیون) توسط مامای مرکز • دفتر ثبت آزمایش توسط مسئول آزمایشگاه 	ثبت



جدول ۱۱- پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
جدول ۳-۱۱- اقدامات لازم برای نوزادان متولد از مادر باردار	
<ul style="list-style-type: none"> • تحویل دارو توسط تحویل دهنده دارو • دفتر داروی ضد رترو ویروسی و پروفیلاکسی توسط تحویل دهنده دارو مرکز (تا زمانی که ابتلا نوزاد به HIV قطعی نشده است، فرم های مذکور در پرونده مادر وی نگهداری می شود).	
مرکز: گزارش موارد پیشگیری بصورت ماهیانه استان: گزارش موارد پیشگیری بصورت هر سه ماه یکبار	گزارش دهی
نوزاد متولد شده از مادر HIV ⁺ که حداکثر در طی ۱۲ ساعت اول تولد تحت درمان با داروهای ART قرار گرفته و متعاقباً تا زمان رد قطعی HIV تحت پروفیلاکسی با کوتریموکسازول قرار گیرد.	استاندارد خدمت
پیگیری ماهیانه بصورت تلفنی صورت گیرد.	پیگیری
پروتکل کشوری پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک	منابع



جدول ۱۲- خدمات کاهش آسیب	
جدول ۱-۱۲- ارائه سرنگ و سوزن	
واجدین شرایط دریافت خدمت	کلیه افرادی که حداقل یک بار سابقه تزریق مواد مخدر داشته باشند.
توصیف خدمات	<p>مشاوره:</p> <p>شامل موارد زیر است و در مباحث مربوطه به تفصیل توضیح داده شده است .</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره پیشگیرانه • مشاوره پیش از آزمون • مشاوره پس از آزمون <p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش کنترل مصرف • آموزش شیوه‌های ضد عفونی وسایل تزریق • آموزش استفاده از سرنگ و سوزن یکبار مصرف <p>باید توجه داشت که هیچگونه روش بی خطر یا مطمئن قطعی برای تزریق مواد وجود ندارد و مراجعان باید ترغیب شوند تا هر وقت که امکان دارد از روش‌های دیگر برای مصرف استفاده کنند. مراجعین باید آگاه شوند که خطرهای تزریق مواد متعددی که اهم آن‌ها عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ بیش مصرف و مسمومیت با مواد ✓ آسیب‌های وریدی / شریانی / عصبی ✓ عفونت‌های باکتریایی ✓ افزایش سطح مصرف مواد - وابستگی ✓ عفونت‌های ویروسی نظیر اچ آی وی / هپاتیت <p>اهم نکاتی که مراجعین بایستی در این خصوص یاد بگیرند عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ مخاطرات تزریق و تزریق اشتراکی ✓ مفهوم تزریق اشتراکی ✓ شیوه‌های تمیز کردن وسایل تزریق ✓ شیوه‌های تزریق ایمن تر ✓ شیوه‌های برخورد با بیش مصرف (Over dose) ✓ شیوه‌های معدوم سازی وسایل تزریق <ul style="list-style-type: none"> • آموزش رفتار جنسی ایمن‌تر (Safer Sex Education) و ارتقاء کاندوم (Promotion Condom) • آموزش استفاده از خدمات درمان جایگزین شبه مخدرها: <p>درمان جایگزین با شبه مخدرها عمدتاً شامل درمان نگهدارنده با متادون ویا بوپروئورفین می‌باشد.</p>



جدول ۱۲- خدمات کاهش آسیب	
جدول ۱-۱۲- ارائه سرنگ و سوزن	
<p>ارائه خدمات سرنگ و سوزن:</p> <p>برنامه‌های سرنگ و سوزن به دو صورت ثابت در مراکز گذری و سیار توسط تیم‌های امداد رسانی سیار (Outreach) ارائه می‌شوند. نکات مهم در این خدمت شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تاکید بر برگرداندن سرنگ های مصرف شده • عدم محدودیت در ارائه سرنگ و سوزن • با مسئله تزریق به صورت ارزشی و با پیش داوری یا تحقیر برخورد نگردد. <p>ارجاع:</p> <p>در مواردی افراد با سابقه تزریق مخدر نیازمند ارجاع به مراکز درمانی دیگر می‌باشند که در قالب موارد زیر صورت می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به مراکز درمانی جهت درمان عوارض ناشی از تزریق مواد مخدر (عفونت‌های جلدی، عضلانی و اسکلتی یا ترومبوز) • ارجاع به مراکز درمان نگهدارنده با متادون • ارجاع به مراکز ترک اعتیاد و سم زدایی • ارجاع به مراکز تخصصی نظیر مرکز هپاتیت 	
<p><u>در صورتی که اولین مراجعه فرد باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد جدید ثبت می‌شود و پرونده برای وی تکمیل می‌گردد.</p> <p><u>در صورتی که قبلاً مراجعه کرده باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد تکراری ثبت می‌شود و پرونده وی در اختیارش قرار می‌گیرد. در ارزیابی اولیه بیمار با توجه به نوع و مقدار مخدر مصرفی، برنامه مراجعات بیمار تنظیم و به وی ابلاغ شده و در پرونده بیمار ثبت می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجع با پرونده یا کارت کد دار خود به مسئول توزیع سرنگ و سوزن هدایت می‌شود. • کد مراجع در دفتر کاهش آسیب ثبت می‌گردد. • با دریافت safety box حاوی سرنگ های مصرف شده (الزامی نیست)، بسته‌های حاوی لوازم تزریق (سرنگ، پنبه الکلی، قاشقک و . . .) همراه با safety box تحویل مراجع می‌شود. • تاریخ مراجعه بعدی بیمار (بر اساس برنامه تنظیم شده) به بیمار اعلام می‌شود. 	نحوه ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت مراجعه روزانه افراد در دفتر توسط مسئول پذیرش • ثبت در فرم دریافت وسایل کاهش آسیب توسط تحویل دهنده وسایل • ثبت در دفتر کاهش آسیب توسط تحویل دهنده وسایل 	ثبت
<p>مرکز: فرم گزارش موارد کاهش آسیب بصورت ماهیانه تکمیل می‌گردد.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد کاهش آسیب بصورت هرساله یکبار تکمیل و ارسال می‌گردد.</p>	گزارش دهی
<p>پروتکل کشوری کاهش آسیب</p>	منابع



جدول ۱۲- کاهش آسیب	
جدول ۲-۱۲-ارائه کاندوم	
<ul style="list-style-type: none"> • کلیه افرادی که حداقل یک بار سابقه تماس جنسی محافظت نشده داشته باشند. • شرکاء جنسی افراد با سابقه تماس جنسی محافظت نشده • مراجعین با سندرم بیماری های آمیزشی و شرکاء جنسی آنها • کلیه افرادی که با HIV زندگی می کنند و از نظر جنسی فعال هستند. • مصرف کنندگان تزریقی مواد • سایر متقاضیان استفاده از کاندوم 	<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p>
<p>اغلب مبتلایان به HIV/AIDS از نظر جنسی فعال هستند و پرسنل بهداشتی ضمن احترام گذاردن به این حق انسانی، باید در جهت حمایت از شرکاء جنسی و جلوگیری از انتقال ویروس به آنان تلاش کنند. این کار از طریق توصیه به استفاده از کاندوم میسر است. توصیه به استفاده از کاندوم های لاتکس و یا پلی یورتان (در موارد آلرژی به لاتکس) است. بعضی مطالعات احتمال آسیب دیدگی بیشتر کاندوم های پلی یورتان را طی مقاربت مطرح کرده است. استفاده منظم و مداوم از کاندوم باعث کاهش خطر انتقال HIV می شود. تخمین زده می شود که استفاده از کاندوم تا حدود ۸۷٪ باعث ممانعت از انتقال HIV در زوج هایی می شود که فقط یک نفر مبتلا به HIV است.</p> <p style="text-align: right;">مشاوره:</p> <p style="text-align: center;">مشاوره در ترویج کاندوم:</p> <p>تمام افراد HIV^+ و سایر داوطلبین مشاوره که از نظر جنسی فعال هستند باید مشاوره کافی در مورد تماس جنسی سالم و استفاده از کاندوم در جهت جلوگیری از انتقال HIV و سایر بیماری های آمیزشی دریافت کنند.</p> <p style="text-align: center;">ترویج کاندوم در مبتلایان به HIV</p> <p>در این مشاوره باید تاکید شود که استفاده از کاندوم تنها برای محافظت دیگران نیست و برای حفاظت بیماران HIV مثبت در مقابل ورود عوامل جدید بیماری زا لازم است.</p> <p style="text-align: center;">در زوج هایی که فقط یک نفر HIV^+ است:</p> <p>در این روابط علاوه بر اینکه شریک جنسی HIV^-، در معرض ابتلا به ویروس بوده و از جمله مواردی است که اقدامات پیشگیرانه به دقت باید در مورد وی اعمال شود، بلکه محافظت خود فرد در برابر ابتلا به بیماری های مقاربتی هم مورد نظر است.</p> <p style="text-align: center;">در زوج هایی که هر دو HIV^+ هستند:</p> <p>خطر انتقال مجدد HIV (super infection) در بین زوجین همواره مطرح بوده است و به همین دلیل در این زوجین نیز توصیه می شود که از کاندوم استفاده کنند. ضمن این که استفاده از کاندوم مانع از ابتلا به سایر عفونت های آمیزشی نیز خواهد شد.</p>	<p>توصیف خدمات</p>



جدول ۱۲- کاهش آسیب	
جدول ۲-۱۲- ارائه کاندوم	
<p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش رفتار جنسی ایمن تر (Safer Sex Education) و ارتقاء کاندوم (Condom Promotion) • خویشتن‌داری تنها راهی است که قطعاً و ۱۰۰٪ مانع از انتقال HIV و سایر عفونت‌های آمیزشی می‌شود. • اگر تست HIV شریک جنسی شما منفی است، تزریق مواد مخدر ندارد و تماس جنسی با فرد دیگری ندارد، خطر ابتلا به ویروس بسیار اندک است (هرگز اطمینان کامل نیست). • ابتلا به هر بیماری آمیزشی در فرد HIV⁺، خطر انتقال بیماری را در تماس‌های جنسی افزایش می‌دهد. • رفتار جنسی ایمن تر به معنی استفاده منظم، صحیح و مداوم از کاندوم در تمامی تماس‌های جنسی است. • استفاده از داروهای روان گردان، مخدرها و الکل با مختل کردن قضاوت فردی در استفاده از کاندوم در روابط جنسی اختلال ایجاد کرده و خطر انتقال کلیه بیماری‌های آمیزشی را افزایش می‌دهد. • اهمیت بررسی شرکاء جنسی افراد با سابقه روابط جنسی حفاظت نشده و یا بیماری‌های آمیزشی • آموزش نحوه استفاده صحیح از کاندوم بسیار ضروری است نکاتی که همواره در استفاده از کاندوم مردانه باید رعایت شود شامل: <ul style="list-style-type: none"> ▪ قبل از دخول باید آلت با کاندوم پوشانده شود. ▪ خارج کردن کاندوم از پوشش پلاستیکی آن باید به آرامی صورت گرفته و منجر به کشیدگی و آسیب دیدگی آن نشود. هرگز از کاندوم آسیب دیده، تاریخ گذشته و یا کاندومی که در معرض حرارت یا سرما قرار گرفته استفاده نشود. ▪ حدود ۱/۵ سانتیمتر انتهای کاندوم باید برای تخلیه مایع منی آزاد باشد و هوای داخل آن با فشردن انتهای کاندوم توسط یک دست ضمن قرار دادن آن به روی آلت با دست دیگر خارج شود ▪ برای باز کردن کاندوم از انتهای آلت به سمت بالا باز شود. (unrolling) ▪ در هر تماس فقط از یک کاندوم استفاده شود. استفاده از دو کاندوم خطر پارگی و آسیب دیدگی آن را افزایش می‌دهد. ▪ بیرون آوردن کاندوم از آلت باید قبل از خارج شدن آلت از حالت نعوظ بوده، به آرامی بدون تماس با ترشحات سطح خارجی آن جدا شده و 	



جدول ۱۲- کاهش آسیب	
جدول ۲-۱۲- ارائه کاندوم	
<p>بلافاصله در سطل زباله (ترجیحاً پیچیده در کاغذ) دفع شود. پس از آن ناحیه تناسلی با آب و صابون شسته شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ استفاده از لیزکننده‌ها (lubricants) در ضمن استفاده از کاندوم: فقط لوبریکانت‌های با پایه آب و یا سیلیکون (ژل) را می‌توان در همراهی با کاندوم لاتکس استفاده کرد و به هیچ عنوان نباید از لوبریکانت‌های با پایه روغنی نظیر لوسیون‌های بدن، روغن بچه، روغن‌های گیاهی، پمادهای مخصوص ماساژ، وازلین و غیره استفاده شود چرا که با تخریب لاتکس باعث سوراخ شدن کاندوم می‌شوند. ▪ در صورت الزام استفاده از لوبریکانت‌های با پایه روغنی فقط می‌توان از کاندوم پلی یورتان استفاده کرد. ▪ در صورت پارگی کاندوم حین مقاربت، باید بلافاصله آلت خارج شده، کاندوم تعویض گردد. <ul style="list-style-type: none"> • در موارد استفاده از کاندوم زنانه به راهنمای مربوطه مراجعه کنید. <p style="text-align: center;">سایر خدمات همراه:</p> <p>لازم است به همراه این خدمت، فرد سایر خدمات از جمله موارد ذیل را دریافت نماید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره پیشگیرانه • مشاوره پیش از آزمون • مشاوره پس از آزمون 	
<p><u>در صورتی که اولین مراجعه فرد باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد جدید ثبت می‌شود و پرونده برای وی تکمیل می‌گردد.</p> <p><u>در صورتی که قبلاً مراجعه کرده باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد تکراری ثبت می‌شود و پرونده وی در اختیارش قرار می‌گیرد.</p> <p>در ابتدا مراجع به مشاور مرکز ارجاع می‌شود و خدمات مرتبط با مشاوره و در صورت لزوم آزمایش را دریافت می‌کند و هم‌زمان اقدامات ذیل برای وی انجام می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نحوه استفاده صحیح از کاندوم در تمام تماس‌های جنسی در هر مراجعه بررسی و آموزش داده می‌شود. • استفاده یا عدم استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی در فرم سیر مشاوره در پرونده بیمار ثبت می‌شود. • جهت دریافت کاندوم به مسئول مربوطه ارجاع می‌شود: <ul style="list-style-type: none"> ✓ کاندوم به اندازه مورد نیاز به فرد تحویل می‌شود. ✓ تعداد کاندوم تحویل شده در فرم تحویل وسایل کاهش آسیب مرکز ثبت می‌شود. 	<p>نحوه ارائه خدمت</p>



جدول ۱۲- کاهش آسیب	
جدول ۲-۱۲-ارائه کاندوم	
✓ تاریخ مراجعه و تعداد کاندوم تحویلی را در دفتر کاهش آسیب ثبت می‌نماید. (در صورت وجود برنامه نرم افزاری این دفتر حذف خواهد شد).	
<p>ثبت در دفتر مراجعات روزمره توسط مسئول پذیرش</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرم سیر مشاوره بیمار (شماره ۳) توسط مشاور • فرم کاهش آسیب توسط مسئول تحویل وسایل کاهش آسیب • دفتر کاهش آسیب (در صورت وجود برنامه نرم افزاری این دفتر حذف خواهد شد) توسط مسئول تحویل وسایل کاهش آسیب 	ثبت
<p>مرکز: فرم گزارش موارد کاهش آسیب بصورت ماهیانه تکمیل می‌گردد.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد کاهش آسیب بصورت هر سه ماه یکبار تکمیل و ارسال می‌گردد.</p>	گزارش دهی
	منابع



جدول ۱۳- تغذیه	
واجدین شرایط دریافت خدمت	<p>کلیه افرادی که با HIV زندگی می کنند که شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> افراد HIV^+ بیمارانی که وارد مرحله ایدز شده اند. زنان بارداری که با HIV زندگی می کنند. کودکانی که با HIV زندگی می کنند.
توصیف خدمات	<p>مشاوره :</p> <p>اهمیت تغذیه و نقش آن در بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش طول عمر آنان باید مد نظر قرار گیرد. نیاز انرژی بالغین HIV^+ بدون علامت ۱۰٪ بیش از سایرین می باشد که معادل یک فنجان پوره سیب زمینی است. در صورت علامت دار شدن این نیاز ۳۰-۲۰٪ افزایش خواهد داشت.</p> <p>ارزیابی وضعیت تغذیه افرادی که با HIV زندگی می کنند: باید به موارد زیر توجه شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> مواردی چون وزن و تغییرات وزنی، قد، BMI و دور بازوی بیماران را اندازه گیری کنند. برای تعیین BMI باید وزن به کیلوگرم به مربع قد به متر تقسیم شود. در صورتی که عدد حاصله کمتر از ۱۸.۵ باشد بیانگر لاغری مفرط و بیش از ۲۵ نشانگر احتمال خطر افزایش وزن است. عدد بیش از ۳۰ بیانگر چاقی جدی و خطر دیابت و بیماری های قلبی است. باید مراقب علائم مربوط به اشتها، اختلال بلع، تهوع، اسهال و تداخلات دارویی- غذایی افراد باشند و با ارزیابی رژیم غذایی بیماران از مصرف کافی پروتئین و ریزمغذی ها و تأمین انرژی آنان اطمینان حاصل کنند. نحوه تهیه غذا توسط فرد و خانواده وی مورد بررسی قرار گیرد. <p>در این رابطه توجه به عواملی که بیانگر سوء تغذیه بیمار است حائز اهمیت ویژه است که شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> کاهش وزن، که اغلب در مراحل پیشرفته بیماری بصورت سندروم تحلیل منتشر نیز دیده می شود. تحلیل پیشرونده عضلانی و کم شدن چربی زیر جلد که منجر به پیری زودرس نیز می شود. کاهش توان ایمنی بصورت ابتلا به عفونت های مکرر تغییرات مو و نازک شدن و بی حالت شدن آن اسهال و سوءجذب در بیماران



جدول ۱۳- تغذیه	
<p>آموزش:</p> <p>باید تمهیداتی در جهت تأمین انرژی کافی در بیماران آموزش داده شود نظیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • افزودن ۲ یا ۳ میان وعده بین وعده‌های غذایی اصلی • مخلوطی از انواع مواد غذایی مختلف و متنوع باید در رژیم غذایی گنجانده شود. • در تهیه غذاهای کربوهیدراتی کم انرژی مثل سیب زمینی کمی چربی به آن اضافه کنید. استفاده از روغن های غیر اشباع چند ظرفیتی نظیر روغن زیتون، ذرت، سویا و... سالم تر است. • از مواد غذایی غنی شده استفاده کنید، نظیر شیرین کردن پوره یا افزودن انواع مغزها (بادام، گردو...) به ترکیب تهیه شده. <p>در این رابطه تشکیل جلسات آموزشی گروهی و آموزش تغذیه سالم ضروری به نظر می رسد.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره ویژه تغذیه توسط مشاور در اولین جلسات مشاوره ارائه می شود. • ارزیابی وضعیت تغذیه بیمار در اولین جلسه معاینه توسط پزشک مرکز انجام شده و نکات مهم چون وزن، وضعیت تحلیل عضلات، وضعیت مو و ناخن ها و ... در پرونده ثبت می شود. • آموزش تغذیه صحیح توسط پزشک مرکز ارائه می شود. • ارزیابی وضعیت تغذیه بیمار باید در معاینات دوره ای (سه ماه یکبار) تکرار شود. 	نحوه ارائه خدمت
در فرم سیر بالینی توسط پزشک یا مشاور	ثبت
راهنمای تغذیه در HIV/AIDS	منابع



جدول ۱۴- تشخیص و درمان سندرومیک بیماری های مقاربتی	
<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p> <p>افرادی که با هریک از علائم سندرم های آمیزشی مراجعه نمایند. این سندروم ها شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ترشح واژینال • ترشح یورترال • زخم تناسلی • درد زیر شکم • تورم اسکروتوم • خیارک مغبنی 	
<p>توصیف خدمات</p> <p>معاینات بالینی</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیمار باید معاینه کامل شود. • در هر بیمار با شکایات فوق باید معاینه ناحیه تناسلی صورت گیرد. • معاینه کامل زنان با استفاده از اسپکولوم و لمس دودستی صورت گیرد. • در معاینه به بثورات پوستی، زخم های مخاطی و ترشحات سرویکس توجه شود. • مردان باید در حالت ایستاده معاینه شوند. • برای معاینه نور کافی باید وجود داشته باشد. • لباس زیر بیمار از نظر ترشحات بررسی شود. • در معاینه به ناحیه اینگوینال نیز دقت کنید. • پوست بیمار کاملاً از نظر وجود بثورات یا زخم بررسی شود. • در معاینه مردان به وجود ترشحات مجرا دقت شود. <p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش رفتار جنسی ایمن تر (Safer Sex Education) و ارتقای کاندوم (Condom Promotion) • تمکین به درمان • اهمیت درمان هم زمان شرکاء جنسی <p>درمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بر مبنای درمان سندرومیک بیماری های آمیزشی انجام می گیرد (به پروتکل کشوری درمان سندرومیک بیماری های آمیزشی مراجعه شود). <p>ارجاع جهت انجام تست HIV:</p> <p>مطابق دستورالعمل مربوطه انجام و پیگیری شود.</p> <p>بررسی و مراقبت شرکاء جنسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره • معاینه • درمان 	



جدول ۱۴- تشخیص و درمان سندرومیک بیماری های مقاربتی	
نحوه ارائه خدمت	<p>در صورتی که اولین مراجعه فرد باشد:</p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد جدید ثبت می شود و پرونده برای وی تکمیل می گردد.</p> <p>در صورتی که قبلاً مراجعه کرده باشد:</p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد تکراری ثبت می شود و پرونده وی در اختیارش قرار می گیرد و در ابتدا مراجع به مشاور مرکز ارجاع می شود. با ابراز علائم فرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه و تشخیص سندرومیک بیماری های مقاربتی توسط پزشک مرکز صورت می گیرد و نتیجه معاینه در فرم بیماری های مقاربتی ثبت می شود (این اقدامات برای مراجعین زن توسط مامای دوره دیده نیز قابل انجام است). • نتیجه معاینه توسط ماما به پزشک مرکز گزارش می شود. • معاینه مردان توسط پزشک مرکز صورت می گیرد و نتیجه معاینه در فرم بیماری های مقاربتی ثبت می شود. • درمان دارویی مورد نظر (در صورت مهیا بودن داروها) در مرکز به دستور پزشک و توسط مسئول مربوطه به بیمار تحویل داده می شود. در صورت نبود داروها در مرکز، نسخه مربوطه به بیمار داده خواهد شد. • پیگیری درمان و مراجعات بعدی بیمار طبق پروتکل درمان سندرومیک بیماری های آمیزشی صورت خواهد گرفت. • بیمار مجدداً تحت مشاوره ویژه جنسی قرار می گیرد. • تاکید بر مشاوره و درمان شرکاء جنسی بسیار اهمیت دارد. • بیمار توسط پزشک و مشاور به استفاده از کاندوم ترغیب شده و کاندوم توسط مسئول مربوطه به وی تحویل داده می شود. • مراجع طبق دستورالعمل عنوان شده جهت انجام آزمایش HIV در مرکز یا آزمایشگاه مربوطه ارجاع می شود (به عنوان آزمایش پایه). • تکرار آزمایش HIV بر اساس دستورالعمل انجام آزمایش صورت خواهد گرفت. • در هر مراجعه بیمار تاکید بر مشاوره و درمان شرکاء جنسی از ضروریات است.
ثبت	<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در دفتر مراجعات روزانه توسط مسئول پذیرش • تکمیل فرم بیماری های مقاربتی توسط پزشک مرکز یا ماما
گزارش دهی	<p>مرکز: فرم گزارش موارد بیماری های مقاربتی بصورت ماهیانه تکمیل می گردد.</p> <p>استان: فرم گزارش موارد بیماری های مقاربتی بصورت هر سه ماه یکبار تکمیل و ارسال می گردد.</p>
منابع	<ul style="list-style-type: none"> • پروتکل کشوری درمان سندرومیک بیماری های آمیزشی • دستورالعمل کشوری مشاوره در مبتلایان به HIV/AIDS



جدول ۱۵- مراقبت در منزل افرادی که با HIV زندگی می کنند	
<ul style="list-style-type: none"> • افرادی که در مراحل انتهایی بیماری (AIDS) هستند. • افرادی که برای مراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی دارای ناتوانی هائی هستند. • افرادی که انگیزه کافی برای مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی ندارند. • افرادی که دچار مشکلات ارتباطی هستند و از خانواده یا اجتماع طرد شده اند. • افرادی که از سوی بستگان خود حمایت نمی شوند و یا کسی را برای حمایت ندارند. • خانم‌های بی سرپرست یا بدسرپرست. • کودکانی که به خوبی از سوی خانواده حمایت نمی شوند. • کسانی که مشکلات روانی، ارتباطی، رفتاری دارند. • سایر افرادی که به تشخیص کارکنان بهداشتی درمانی منطقه نیازمند ارائه خدمات هستند. • افرادی که عوارض شدید و وخیم مرحله ایدز را داشته و نیازمند دریافت خدمات بهداشتی و درمانی هستند. 	<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p>
<p style="text-align: center;">مراقبت های بالینی:</p> <p>شامل فعالیت های تشخیص زود هنگام، درمان اصولی، برنامه ریزی برای مراقبت های پیگیرانه مرتبط با بیماری های وابسته به HIV و عفونت های فرصت طلب</p> <p style="text-align: center;">مراقبت های پرستاری:</p> <p>شامل فعالیت‌هایی است که باعث حفظ و ارتقاء وضعیت سلامت شود و مرتبط با امور بهداشت و تغذیه PLWHAS است.</p> <p style="text-align: center;">مراقبت های روحی و معنوی - مشاوره:</p> <p>شامل فعالیت‌هایی که باعث کاهش استرس و هیجان در PLWHAS و خانواده آن ها شده و زندگی مثبت آن ها را توسعه داده و به افراد کمک می کند که تصمیمات لازم را در خصوص HIV گرفته و برنامه ریزی مناسب برای آینده خود داشته باشند و برنامه های کاهش ریسک داشته باشند.</p> <p style="text-align: center;">حمایت های اجتماعی:</p> <p>شامل فعالیت‌هایی از جمله معرفی و ارجاع به گروه‌های حمایت کننده، سازمان‌های رفاهی و فراهم کردن حمایت‌های حقوقی از افراد و خانواده‌های آنها است.</p> <p style="text-align: center;">آموزش:</p> <p>در هر ملاقات با بیمار، باید نکات مورد نیاز را به وی آموزش داد.</p> <p>این اجزا مکمل همدیگر هستند و باید با همدیگر ارائه شوند (به راهنمای مراقبت در منزل افراد HIV/AIDS مراجعه شود)</p>	<p>توصیف خدمات</p>



جدول ۱۵- مراقبت در منزل افرادی که با HIV زندگی می کنند	
<p>نکاتی که باید توسط افراد مراقبت‌دهنده در منزل مورد توجه قرار گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعیین نیازها و اولویتهای فرد برای دریافت خدمات مراقبت در منزل. • خدمات آموزشی و حمایتی به فرد و اعضا خانواده وی • سنجش‌های کلینیکی معمول و در مواردی که فرد شکایتی دارد، پرسش، معاینات، آزمایشات • بررسی وضعیت حاملگی و تنظیم خانواده • بررسی وضعیت عفونت‌های فرصت طلب و TB شامل درمان‌ها و پیشگیری و علائم جدید • ارائه خدمات کلینیکی مورد نیاز (حاد و مزمن) • درمان ضد رتروویروسی و درمان براساس دستورات پزشک مرکز مشاوره • ارائه خدمات تسکین بخش • رسیدگی به وضعیت تغذیه • پیگیری اقدامات و خدمات قبلی • خدمات حمایتی و روحی • سایر خدمات بسته به بیمار یا بیماری 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در فرم مراقبت در منزل افراد HIV/AIDS توسط مسئول تیم ارائه دهنده خدمات مراقبت در منزل. این فرم در پرونده افراد تحت پوشش برنامه قرار می‌گیرد و براساس دستورالعمل مربوط تکمیل می‌شود. • ثبت در دفتر خدمات مراقبت در منزل از افراد HIV/AIDS توسط مسئول تیم ارائه دهنده خدمات مراقبت در منزل. این دفتر باید در کلیه مراکز مشاوره‌ای که تحت پوشش این برنامه قرار می‌گیرند، مطابق دستورالعمل مربوط تکمیل شود. 	ثبت
<ul style="list-style-type: none"> • فرم گزارش دهی ۳ ماهه خدمات مراقبت در منزل افراد HIV/AIDS داده‌های این فرم ۳ ماهه در مراکز مشاوره تکمیل شده و به معاونت بهداشتی ارسال می‌شود. در معاونت‌های بهداشتی هم آمار مراکز مشاوره تحت پوشش جمع‌بندی شده و ماهیانه به مرکز مدیریت بیماری‌ها ارسال می‌شود. 	گزارش دهی
<p>راهنمای مراقبت در منزل افراد HIV/AIDS</p>	منابع



جدول ۱۶- پیشگیری پس از تماس	
<ul style="list-style-type: none"> • تماس های شغلی (نظیر پرسنل پزشکی و پیراپزشکی، کارگران شهرداری، پرسنل نیروی انتظامی، پرسنل آتش نشانی) • تماس های غیر شغلی که اساساً از طریق تماس های جنسی حفاظت نشده است. • آسیب ناشی از استفاده از سرنگ های مشترک (معتادان تزریقی) 	<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p>
<p>مشاوره:</p> <p>مشاوره ارزیابی خطر: در ارزیابی خطر انتقال بدنال تماس های اتفاقی باید به موارد زیر توجه کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نوع ماده تماس یافته - راه و شدت تماس - وضعیت HBSAg, HCV Ab, HIV Ab فرد مبدا - وضعیت واکسیناسیون و سرولوژی هپاتیت B در فرد تماس یافته <p>مشاوره پیشگیرانه (رجوع به جدول مشاوره داوطلبین)</p> <p>مشاوره پیش و پس از آزمون (رجوع به جدول مشاوره داوطلبین)</p> <p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش رفتار جنسی ایمن تر (Safer Sex Education) و ترویج کاندوم (Condom Promotion) • آموزش پس از آسیب شغلی در مورد HBV و HCV • خودداری از اهدا خون، پلاسما، بافت و عضو تا تعیین نتایج قطعی آزمایشات فرد آسیب دیده • عدم جداسازی فرد • عدم انفصال موقت از شغل • اصول احتیاطات استاندارد (در جهت کاهش تماس های اتفاقی شغلی) <p>ارزیابی تماس: در این موارد باید به نکات زیر توجه کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • زمان و تاریخ تماس • توصیف نوع تماس: کجا، کی و چگونه • اطلاعات در مورد فرد منشأ و آسیب دیده (وضعیت HBSAg, HCVAb و HIV) 	<p>توصیف خدمات</p>



جدول ۱۶- پیشگیری پس از تماس	
<p style="text-align: center;">درمان پیشگیرانه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان و مراقبت از زخم: <ul style="list-style-type: none"> ✓ شستشوی زخم با آب و صابون ✓ شستشوی مخاط با آب فراوان ✓ عدم استفاده از آنتی سپتیک ها یا سفید کننده‌ها، نیازی به دوشیدن محل آسیب نیست. • پیشگیری پس از تماس با فرد HIV^+: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ارزیابی اولیه و آزمایش فرد آسیب دیده ضروری می‌باشد (بعد از ۷۲ ساعت بایستی مجدداً فرد مورد ارزیابی قرار گیرد). ✓ کسب اطلاعات در مورد فرد مبتداً و تست HIV فرد مبتداً. ✓ در صورت منفی بودن تست HIV فرد مبتداً نیازی به درمان نمی‌باشد. ✓ در صورت مثبت بودن تست HIV فرد مبتداً بایستی فرد تماس یافته سریعاً مورد درمان دارویی قرار گیرد. <p style="text-align: center;">انتخاب دارو در درمان پیشگیری از HIV:</p> <p style="text-align: center;">در حال حاضر رژیم های درمانی شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان ۲ دارویی: زیدوودین+ لامیوودین • درمان ۳ دارویی: زیدوودین+ لامیوودین+ افلویرنز <p style="text-align: center;">دوره درمان پیشگیری ۴ هفته می باشد.</p> <p style="text-align: center;">آزمایشات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارسال آزمایشات اولیه پایه فرد تماس یافته (HIV Ab, HBsAg, HIV Ab) • ارسال آزمایشات فوق برای فرد مرجع (در صورت دسترسی به وی) • آزمایشات بعدی پس از ۶ هفته، ۳ ماه و ۶ ماه باید ارسال شود. • در صورتی که فرد آسیب دیده HCV^+ باشد ممکن است در ادامه بررسی پس از ۱۲ ماه آزمایش HIV Ab تکرار شود. 	<p>نحوه ارائه خدمت</p>
<p style="text-align: center;"><u>در صورتی که اولین مراجعه فرد باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد جدید ثبت می شود و پرونده برای وی تکمیل می گردد.</p> <p style="text-align: center;"><u>در صورتی که قبلاً مراجعه کرده باشد:</u></p> <p>در هنگام ورود در دفتر پذیرش به عنوان مورد تکراری ثبت می شود و پرونده وی در اختیارش قرار می گیرد. مراجع به پزشک مرکز ارجاع می شود.</p>	



جدول ۱۶- پیشگیری پس از تماس	
<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی میزان خطر و تصمیم‌گیری جهت شروع پروفیلاکسی توسط پزشک صورت می‌گیرد. • جهت انجام مشاوره پیشگیرانه و مشاوره پیش از آزمایش به مشاور ارجاع می‌شود. • در صورت نیاز جهت پروفیلاکسی دارویی، دارو توسط پزشک تجویز شده و مراجع جهت دریافت به مسئول مربوطه ارجاع می‌شود. • در صورت نیاز به انجام آزمایش HIV، طبق دستورالعمل مربوطه اقدام می‌شود. • در صورت نیاز به انجام واکسیناسیون به مسئول مربوطه ارجاع می‌شود. • زمان مراجعه بعدی بیمار جهت دریافت دارو یا انجام آزمایشات به وی اعلام می‌گردد (ترجیحاً در کارت مراجعه وی قید شود). • پس از دریافت نتیجه آزمایش، مشاوره پس از آزمون صورت گرفته و بر اساس نتیجه، ادامه اقدامات صورت خواهد گرفت. 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت در دفتر مراجعات روزانه توسط پذیرش • ثبت در فرم پروفیلاکسی پس از تماس (PEP) • ثبت در دفتر پروفیلاکسی HIV 	ثبت
<p>مرکز: گزارش موارد PEP بصورت ماهیانه</p> <p>استان: گزارش موارد PEP بصورت هر سه ماه یکبار</p>	گزارش دهی
<p>راهنمای کشوری اصول پیشگیری پس از تماس</p>	منابع



جدول ۱۷- ارجاع	
<p>بیمارانی که به هر دلیل لازم است به مرکز دیگری ارجاع شوند.</p> <p>ارجاع به مراکز تخصصی و درمانی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سرویس عفونی (مطب و بیمارستان) • سرویس روانپزشکی (مطب و بیمارستان) • سرویس زنان (مطب و بیمارستان) • واحد درمان نگهدارنده با متادون • ارجاع به دندانپزشکی • سایر بخش ها <p>ارجاع به مراکز حمایتی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کمیته امداد • بهزیستی • هلال احمر <p>ارجاع بین مراکز مشاوره:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در یک استان • بین استانی 	<p>واجدین شرایط دریافت خدمت</p>
<p>بررسی علت نیاز به ارجاع</p> <p>تکمیل فرم ارجاع</p> <p>پیگیری نتیجه ارجاع</p>	<p>توصیف خدمات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در طی ویزیت‌های منظم بیمار، در هر نوبت ارزیابی بالینی و تعیین مرحله بالینی بیمار توسط پزشک صورت می‌گیرد. • در مواردی خارج از نوبت ویزیت منظم بیمار، بیمار به دلیل بروز علائم مختلف مراجعه می‌کند و لازم است ارزیابی بالینی توسط پزشک صورت گیرد. • با بروز علائمی از عفونت و یا دلایلی برای انجام آزمایشات تکمیلی، نوع درمان (سرپایی، بستری) توسط پزشک تعیین می‌شود. • در صورتی که پزشک قادر به درمان سرپایی بیمار باشد، اقدامات لازم درمانی صورت می‌گیرد و بیمار طبق دستور پزشک پیگیری می‌شود. • در صورتی که برای درمان بیمار نیاز به بستری شدن باشد، بیمار آماده ارجاع خواهد شد. • فرم ارجاع بیمار توسط پزشک تکمیل، امضاء و به بیمار تحویل داده می‌شود. • در صورت ارجاع به بخش روانپزشکی یا روانپزشک، لازم است فرم ارجاع توسط مشاور روانشناسی مرکز تکمیل شده و پس از امضاء پزشک به بیمار تحویل داده شود. • در صورت ارجاع به سرویس زنان، لازم است فرم ارجاع توسط مامای مرکز تکمیل شده و پس از امضاء پزشک به بیمار تحویل داده شود. 	<p>نحوه ارائه خدمت</p>



<ul style="list-style-type: none"> • در صورت ارجاع به مراکز حمایتی، لازم است فرم ارجاع توسط مددکار مرکز تکمیل شده و پس از امضاء پزشک مرکز به بیمار تحویل داده شود. • فرم ارجاع تکمیل شده توسط پزشک، پس از ثبت در دفتر ارجاع در واحد پذیرش، توسط مسئول پذیرش و بعنوان نامه ارسالی شماره می گردد. • بیمار با فرم ارجاع به مرکز مورد نظر مراجعه خواهد کرد. • نتیجه ارجاع توسط بیمار به اطلاع پزشک یا مشاور مرکز رسانده شود. 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت ارجاع در فرم سیر معاینات بالینی یا ثبت سیر مشاوره در پرونده بیمار توسط پزشک یا مشاور • صدور فرم ارجاع توسط واحد مربوطه و تایید پزشک • ثبت در دفتر ارجاع بیماران توسط مسئول پذیرش 	ثبت
مرکز: گزارش ماهیانه موارد	گزارش دهی
نتیجه ارجاع بیمار توسط فردی که درخواست ارجاع کرده است پیگیری خواهد شد	پیگیری
	منابع

جدول ۱۸- اقدامات حمایتی	
کلیه افرادی که با HIV زندگی می کنند و نیازمند دریافت خدمات حمایتی هستند.	واجدین شرایط دریافت خدمت
<ul style="list-style-type: none"> • تکمیل فرم ارجاع • ارجاع به مراکز حمایتی • پیگیری نتیجه • تخصیص و تقسیم کمک های حمایتی به مرکز مشاوره <p>ارزیابی بیمار از نظر نوع نیاز به خدمت حمایتی که شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نوع بیمه • تحصیلات پایه (ابتدایی) • حرفه آموزی • اشتغال • مسکن 	توصیف خدمات
<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی بیماران نیازمند به خدمات حمایتی توسط مددکار مرکز مشاوره صورت می گیرد و نهایتاً مددکار تصمیم به ارجاع بیمار برای دریافت خدمت مورد نظر به مرکز حمایتی مربوطه خواهد گرفت • این ارزیابی شامل تعیین تعداد افراد خانوار و افراد تحت تکفل، تخمین میزان درآمد ماهیانه، 	نحوه ارائه خدمت



<p>بررسی مکان اسکان بیمار و ... خواهد بود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مددکار می تواند با تشکیل جلسات با مسئولین سازمان های حمایتی در جهت جلب حمایت آنان موفق تر باشد، ضمن اینکه از میزان همکاری و توانمندی های سازمان های مربوطه مطلع می شود. • در بیمارانی که به دلیل ناتوانی های جسمی یا روحی قادر به مراجعه به مرکز نیستند، ارزیابی بیماران نیازمند به خدمات حمایتی توسط مددکار، در قالب خدمات ارائه شده در منزل انجام خواهد شد. • پس از ارزیابی اولیه بیمار، در صورت لزوم فرم ارجاع برای بیمار تکمیل شده و محل ارجاع مشخص و به بیمار معرفی می شود. • فرم ارجاع امضا شده توسط پزشک، پس از ثبت در دفتر ارجاع در واحد پذیرش، توسط مسئول پذیرش و بعنوان نامه ارسالی شماره می گردد. • ارائه خدمات ذکر شده به عهده مراکز حمایتی فوق خواهد بود و مرکز فقط مسئول معرفی افراد به این ارگان هاست و هیچگونه مسئولیتی در نظارت و اجرای این خدمات ندارد. • در مواردی که بصورت موردی کمک های حمایتی بصورت نقدی یا جنسی (نظیر موارد ارائه شده از کمیته امداد) وجود داشته باشد، تخصیص و تقسیم کمک های حمایتی در بین بیماران توسط مددکار مرکز صورت می گیرد. 	
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت ارجاع در فرم سیر مشاوره در پرونده توسط درخواست کننده ارجاع • صدور فرم ارجاع توسط درخواست کننده ارجاع • ثبت در دفتر ارجاع بیماران 	ثبت
مرکز: گزارش ماهیانه موارد	گزارش دهی
نتیجه ارجاع بیمار توسط مددکار که درخواست ارجاع کرده است پیگیری خواهد شد.	پیگیری
	منابع



ضمیمه ۱- نحوه برخورد با مشکلات شایع در افراد HIV⁺ بدون توجه به مرحله بیماری

۱. کاهش وزن

بسیار شایع است و حتی قبل از ورود به مراحل که فرد نیازمند ART است، عارض می شود. کاهش وزن در مبتلایان به HIV/AIDS به سه دلیل عمده ایجاد می شود:

۱. کاهش مصرف: شایع ترین عوامل این گروه شامل:

- زخم های دهانی حلقی
- بی اشتها بی ناشی از ضعف، افسردگی و اختلالات هوشیاری
- عوارض داروهای مصرفی
- دل درد
- فقر و بی غذایی

۲. اختلال جذب: علل آن شامل:

- ابتلا به عفونت ها
- اختلال جذب روده ای که در تمام مراحل HIV بدلائل زیر ایجاد می شود.
 - ✓ انتروپاتی HIV
 - ✓ استفراغ و اسهال طولانی
 - ✓ عوامل فرصت طلب روده ای

۳. تغییر متابولیسم: علل آن شامل:

- افزایش نیاز به انرژی و پروتئین در این بیماران
- افزایش نیاز به ویتامین های آنتی اکسیدان و مینرال (روی، سلنیم، آهن) در طی عفونت های فرصت طلب
- کاهش آنتی اکسیدان ها ناشی از مصرف آنها در طی تکثیر ویروس HIV خصوصاً زمانی که سطح خونی ویروس بالاست

اهداف درمان کاهش وزن:

- بهبود BMI
- بهبود lean body mass
- افزایش قدرت بدن و بهبود کیفیت زندگی
- افزایش طول عمر

دو مورد اول با استفاده از محرک های اشتها و عوامل آنابولیک همراه با رژیم غذایی مناسب حاصل می شود

اصلاح کاهش وزن:

افزایش وزن از طریق خوردن غذای بیشتر، غذای مناسب تر، افزایش وعده های غذایی و اصلاح عوامل زمینه ای که منجر به اختلال در تغذیه می شوند حاصل می شود. این موارد به تفصیل در دستورالعمل تغذیه در HIV آورده شده است. استفاده از داروهای آنابولیک نظیر nandronol و یا dronabinol خصوصاً در موارد کاهش وزن شدید ممکن است مفید بوده و منجر به افزایش اشتها و وزن شود.



۲-افت پلاکت

ترومبوسیتوپنی در هر مرحله ای از ابتلا به HIV دیده می‌شود. شیوع این عارضه ۴۰-۲۰٪ گزارش شده است. منظور از ترومبوسیتوپنی، پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ است و نوع بسیار شدید کمتر از ۲۰۰۰۰ می باشد. در زمینه اعتیاد تزریقی شیوع بیشتری دارد. ترومبوسیتوپنی بدون ارتباط به علت زمینه ای یا مصرف هم زمان داروهای ART، با پیش آگهی بدتر و سرعت پیشرفت بیشتر بسوی ایدز همراه است. علل مولد ترومبوسیتوپنی در این بیماران:

اختلال تولید:

- کمبود اسید فولیک و ویتامین B12
- آسیب مستقیم ویروس به مغز استخوان
- بدخیمی مغز استخوان

تخریب محیطی:

- ITP
- DIC
- TTP

هیپر اسپلینسم:

- عفونت ها
- هموفاگوسیتوز
- سیروز

داروها:

- کوتریموکسازول
- پنتامیدین
- پریمتامین
- گان سیکلوویر
- فلوکونازول
- ریفاوتین
- کلاریترومایسین
- دیدانوزین
- ایندیناویر
- ریتوناویر

اصلاح ترومبوسیتوپنی:

در صورتی که $CD4 < 200$ باشد شروع ART بیشترین تأثیر را در اصلاح پلاکت ها دارد. در بسیاری موارد درمان های اختصاصی تر همراه با ART داده می شود. اگرچه زمان درمان ترومبوسیتوپنی قطعی نیست ولی پلاکت کمتر از ۳۰۰۰۰ باید درمان شود. داروهای مورد استفاده در درمان ترومبوسیتوپنی:

استروئید ها:

اولین درمان پردنیزون با دوز $1mg/kg/day$ است. بیمار مانیتور شود و مراقب عفونت های فرصت طلب نیز باشید. در صورت عدم پاسخ تا ۲ هفته باید به فکر تغییر درمان بود.



پردنیزون منجر به تحریک تکثیر ویروس HIV نمی شود اما باعث پیشرفت سارکوم کاپوشی می شود.

سایر درمان ها:

- IVIg
- Anti D (رگام)
- اسپلنکتومی
- تزریق پلاکت یا FFP (فقط محدود به موارد اورژانس است)

۳- اختلالات عصبی (نوروپاتی ها) و درد

نوروپاتی حسی: نوروپاتی محیطی دردناک حسی قرینه اغلب در مرحله سوم و چهارم بیماری دیده می شود. علائم بصورت درد کف دست و پا و پارستزی است. اغلب علائم نوروپاتی محیطی را دارند (کاهش یا نبود رفلکس پاشنه).

گیلین باره حاد: گیلن باره حاد در حین seroconversion دیده می شود ولی ممکن است هر زمان دیگری هم بروز کند. این اختلال مشخصاً حرکتی است.

نوروپاتی توکسیک / تغذیه ای: عوامل شایع شامل:

- الکل
- کمبود ویتامین ها (B12 – B6)
- داروهای ضد تروروویروسی (دیدانوزین – استاودین)
- داپسون
- مترونیدازول
- ایزونیازید، ریفامپین، اتیونامید

کنترل درد:

درد در مبتلایان به HIV/AIDS باعث اختلال در بسیاری از جنبه های زندگی فرد شده و وضعیت روحی و عملکرد بیمار را بدتر می کند. برای بررسی درد به چهار جنبه توجه کنید:

۱. شدت درد
۲. تسکین درد
۳. وضعیت خلقی و استرس های روحی فرد
۴. مانیتور کردن تأثیر داروهای مخدر

سندروم های اختصاصی درد در HIV/AIDS:

درد های اروفاژنریال:

- درد حفره دهان: شایع ترین علل شامل کاندیدیاز، ژنویت نکروزانت، آفت های راجعه، آبسه های دندانی و زخم های ناشی از ویروس های CMV، EBV، و HSV، مایکوباکتریوم ها و قارچ هاست.



- درد/ازوفازیتال: شایع ترین علل شامل کاندیدیاز، ازوفازیت اولسراتیو CMV و HSV، سارکوم کاپوشی و لنفوم

دل درد:

علل عفونی شایع شامل کلیه عوامل مولد اسهال های حاد و مزمن است. لنفوم گوارشی می تواند با دل درد و اسهال تظاهر کند.

درد آنورکتال:

آبسه های پری آنال، پروکتیت (علل آمیزشی، CMV)، شقاق

درد قفسه صدري:

علل عفونی:

- PCP، پنومونی های باکتریال
- ازوفازیت
- پلوریت / پریکاردیت
- نورالژی پس از زونا

علل غیر عفونی:

- درد قلبی (بیماری های عروق کرونر)

سردرد:

علل شایع شامل:

- سینوزیت
- Tension headache
- میگرن
- عوارض دارویی انسفالیت و مننژیت آسپتیک
- انسفالیت و مننژیت آسپتیک
- مننژیت (توکسوپلاسموز، کریپتوکوک، سل، ویروس ها)
- بدخیمی های مغزی (لنفوم، سارکوم کاپوشی)

انواع داروهای مورد استفاده در تسکین درد:

ضد دردهای غیر مخدر:

برای رفع دردهای خفیف تا متوسط مؤثرند. در مصرف مسکن های NSAIDs در بیماران در مرحله ایدز باید دقت کافی داشت چراکه در بیماران دچار کاشکسی و هیپوآلبومینمی منجر به مسمومیت شده و نیز در زمینه هیپوولمی، مصرف سایر داروهای نفروتوکسیک و نفروپاتی ناشی از HIV، احتمال بروز مسمومیت ناشی از این مسکن ها افزایش می یابد. برای جلوگیری از بروز عوارض گوارشی این داروها میتوان از آنتاگونیست های H2 (رانیتیدین، سایمتیدین)، امپرازول و یا آنتی اسید استفاده کرد.

در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، تجویز این داروها باید با احتیاط صورت گیرد.

بدلیل تداخل با داروهای ضد فشارخون، در بیمارانی که آنتاگونیست بتا آدرنرژیک، دیورتیک یا مهار کننده ACE دریافت می کنند،



تجویز این داروها باید با احتیاط صورت گیرد. بدلیل اثر این داروها در مهار تجمع پلاکتی، در بیماران مبتلا به اختلالات پلاکتی و انعقادی باید بسیار احتیاط کرد.

ضد دردهای مخدر:

برای کنترل دردهای متوسط تا شدید بکار می رود. مخدرها را میتوان از راههای مختلف تجویز کرد از جمله: خوراکی، رکتال، زیر جلدی، جلدی (TD)، تزریقی و ... برای تسکین درد در افراد با سابقه مصرف مواد مخدر یا در دردهای شدید معمولاً لازم است از مخدرها استفاده کنیم.

ضد دردهای مخدر مورد استفاده در بیماران HIV:

نوع مخدر	راه مصرف	شروع اثر (ساعت)	مدت اثر (ساعت)
Morphine	PO	1 – 1/5	4 - 6
	SC,IV,IM	0/5 – 1	3 - 6
Morphine Sustained release	PO	1 – 1/5	8 - 12
Oxycodon	PO	1	3 - 6
Hydromorphon	PO	0/5 – 1	3 – 4
	IV,IM	15-30 دقیقه	3 – 4
Methadone	IV, IM,PO	0/5 – 1	4 - 8
Mepridine	PO	0/5 – 1/5	3 -6
	IM	0/5 – 1	3 - 4
Fentanyl	IV,TD	12 – 18	48 – 72

- خواب آلودگی از عوارض ضد دردهای مخدر است که خصوصاً در ابتدای درمان دیده می شود.
 - میوکلونوس و آستریکسی اغلب از اولین علائم مسمومیت مغزی با مخدرهاست.
 - هذیان ناشی از مسمومیت با مخدرها معمولاً بصورت کاهش تمرکز، عدم آگاهی به زمان و مکان، توهم بینایی و ... تظاهر میکند.
- روش های کاستن هذیان ناشی از داروها:
- کاهش دوز مصرفی دارو
 - تغییر نوع دارو
 - مقادیر اندک neuroleptics نظیر هالوپریدول (IV 1-2mg)
- یبوست از عوارض شایع مخدرهاست که با استفاده منظم از مشتقات سنا برطرف می شود. تجویز ضدافسردگی های سه حلقه ای همراه با مخدرها باعث تشدید یبوست شده و حتی انسداد روده می دهد.

ضد دردهای کمکی:

عموماً در درمان دردهای مزمن بکار میرود و شامل:



ضد افسردگی ها:

در مواردی چون درد ناشی از کانسرها، نورالژی پس از زونا، نوروپاتی دیابتی، فیبرومیالژی، سر درد و کمر درد بکار می رود. آمی تریپتیلین، ایمی پرامین، دزی پرامین، نور تریپتیلین، داکسی پین، ترازودون ...

نورولپتیک ها و بنزودیازپین ها:

فلوفنازین و هالوپریدول ممکن است در تسکین درد مؤثر باشند ولی عوارض اکستراپیرامیدال این داروها در HIV بیشتر است آلپرازولام و کلونازپام ممکن است در تسکین دردهای نوروپاتیک مؤثر باشند.

محرک ها:

به عنوان ضد دردهای کمکی قوی شناخته شده اند. شامل دکستروآمفتامین، متیل فنیدیت، پمولین هستند. این داروها به حفظ حافظه، سرعت عمل و تمرکز در بیماران کمک می کند. (دوز متیل فنیدیت : 10mg با صبحانه و 5mg همراه با نهار است).

ضد تشنج ها:

در کنترل دردهای عصبی حمله ای و تا حدودی در دردهای مقاوم مؤثر هستند. کاربامازپین بیشترین داروی مورد استفاده در جهت کنترل درد از این دسته است. در مبتلایان به HIV/AIDS با ترومبوسیتوپنی و مهار مغز استخوان باید با احتیاط مصرف شود. با مصرف کاربامازپین باید CBC قبل از درمان، ۲-۴ هفته پس از درمان و بعد هر ۳-۴ ماه یکبار چک شود. $WBC < 4000$ کنتراندیکاسیون درمان با کاربامازپین است. گاباپنتین بطور وسیعی در تسکین دردهای عصبی بکار می رود. این دارو با دوز 300mg در روز شروع و بتدریج آن را به مقدار 600-900mg در روز در سه دوز منقسم می رسانند.

کورتیکواستروئیدها:

در دردهای نوروپاتیک و سندروم های درد ناشی از پروسه های التهابی مؤثر است.

بکلوفن:

در درمان دردهای عصبی حمله ای بکار می رود

از داروهای ضد تروروپروسی ریتوناویر بیشترین تداخل را با داروهای ضد درد داشته و باعث افزایش سطح سرمی داروهای مخدر، ضد افسردگی ها و ضد تشنج ها می شود و در صورت وجود این دارو در رژیم دارویی باید مصرف ضد دردها با احتیاط باشد.



۴- اسهال حاد

دفع مدفوع آبکی بیش از ۳ بار در روز به مدت ۱۰-۳ روز

علائم بستگی به محل درگیری (روده باریک یا بزرگ) دارد.

- علائم درگیری روده کوچک: اسهال آبکی با حجم زیاد و نفخ، کم آبی، کاهش وزن شدید
- علائم درگیری روده بزرگ: کرامپ های شدید شکمی، دفعات مکرر دفع مدفوع با حجم کم، فوریت در اجابت مزاج، اسهال خونی، علائم سیستمیک شدید
- تب

عوامل مولد اسهال را میتوان به سه دسته باکتریال، پروتوزوئری و ویروسی تقسیم کرد:

باکتریال:

- روده باریک: MAC، سالمونلا
- روده بزرگ: شیگلا، کمپیلوباکتر، یرسینیا، آئروموناس، کلستریدیوم دفی سیل

پروتوزوئری:

- روده کوچک: کریپتوسپوریدیوم، میکروسپوریدیوم، سیکلوسپورا، ژیا ردیا
- روده بزرگ: انتاموبا هیستولیتیکا

ویروسی:

- روده باریک: روتا ویروس، آستروویروس، پیکورنا ویروس
- روده بزرگ: سیتومگالوویروس، ارنوویروس، هرپس ویروس

عوامل شایع مولد اسهال در زمینه $CD4 > 200$ شامل:

- باکتریال: سالمونلا، شیگلا، کمپیلوباکتر ژژونی
- پارازیتی: کریپتوسپوریدیوم، ایزوسپورا، ژیا ردیا
- ویروسی: روتا ویروس، کلسی ویروس

نکات مهم شرح حال:

- مصرف آنتی بیوتیک در ۲ ماه گذشته
- سابقه مصرف غذای مشکوک، غذاهای دریایی
- سابقه مسافرت اخیر
- وجود منبع مشترک عامل اسهال



ضمیمه ۲. جدول مراجعات گروه های هدف مختلف برای دریافت خدمات
جدول مراجعات افراد با سابقه تزریق مواد مخدر

مراجعات منظم طبق برنامه	۶ ماه بعد	۲ ماه بعد	۲ هفته بعد	بدو مراجعه
				*
مشاوره پیش از آزمون				*
آزمایش تشخیصی HIV	*	*		*
مشاوره پس از آزمون	در صورت دریافت نتیجه **	در صورت دریافت نتیجه **	در صورت دریافت نتیجه **	
ارائه سرنگ و سوزن	*	*	*	*
ارائه کاندوم	*	*	*	*

** در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش HIV ادامه اقدامات بر اساس جدول مربوطه خواهد بود.

جدول مراجعات افراد با سابقه تماس جنسی غیر ایمن

مراجعات منظم طبق برنامه	۶ ماه بعد	۲ ماه بعد	۲ هفته بعد	بدو مراجعه
				*
مشاوره پیش از آزمون				*
آزمایش تشخیصی HIV	*	*		*
مشاوره پس از آزمون	در صورت دریافت نتیجه **	در صورت دریافت نتیجه **	در صورت دریافت نتیجه **	
درمان سندرومیک STIs			مجددا معاینه شود	*
ارائه کاندوم	*	*	*	*

** در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش HIV ادامه اقدامات بر اساس جدول مربوطه خواهد بود.



جدول مراجعات افرادی که با HIV زندگی می کنند

سالیانه	هر ۶ ماه	هر سه ماه	ماهانه	هفتگی	پایان ماه اول	۲ هفته بعد	بدو مراجعه	
							*	مشاوره پس از آزمون
		*			*	*	*	مشاوره اختصاصی در HIV
	*				*			آموزش خانواده و اطرافیان
								تنظیم خانواده
	*				*			ارزیابی و مشاوره تغذیه
		*			*	*	*	آموزش در HIV/AIDS
		*			*		*	معاینات بالینی
*					*			ارزیابی سل در HIV
*					*ارزیابی وضعیت واکسیناسیون			واکسیناسیون
			*در صورت نیاز	*در صورت نیاز (بیمار بدحال)				مراقبت در منزل
				*در صورت نیاز				ارائه سرنگ و سوزن
				*				ارائه کاندوم
		*			*			آزمایشات دوره ای
			*در صورت نیاز به درمان					مراجعات برای دریافت داروهای ART
			*در صورت نیاز به درمان					مراقبت های دوره ای در افراد تحت درمان ARV



Table 4. Initial and interim Laboratory Evaluations

Test	Rationale	Result	Frequency and Comments
CD4 Count	<ul style="list-style-type: none"> •For HIV staging and prognosis •Guides initiation of ART •Indicates risk of opportunistic illnesses and guides initiation of prophylaxis against opportunistic infections •Used to monitor immune reconstitution during ART 	Reported in cells/mm ³	<ul style="list-style-type: none"> •Repeat every 3-4 months for patients not taking ART. •Repeat every 2-4 months for patients taking ART. •Repeat if results are inconsistent with the clinical picture or with previous trends.
Quantitative Plasma HIV RNA (HIV Viral Load)	<ul style="list-style-type: none"> •Estimates level of HIV replication •Monitors effect of ART •Diagnoses acute HIV infection. (Must be confirmed by positive HIV antibody test.) 	Reported in copies/mm ³ .	<ul style="list-style-type: none"> •For patients on new or modified ART regimen: perform 2-8 weeks after initiation or change in ART.
Complete Blood Count (CBC) with Differential and Platelets	<ul style="list-style-type: none"> •Detects anemia, thrombocytopenia, leukopenia 	Normal	<ul style="list-style-type: none"> •Repeat every 3-6 months
		Abnormal	<ul style="list-style-type: none"> •Requires follow-up evaluation as indicated; may influence choice of ARVs. •Repeat more frequently if the patient's results are abnormal or he/she is taking bone marrow suppressive drugs.
Chemistry Profile (Electrolytes, Creatinine, Blood Urea Nitrogen, Liver Transaminases)	<ul style="list-style-type: none"> •Detects electrolyte, abnormalities, renal insufficiency, hepatic enzyme elevations 	Normal/abnormal	<ul style="list-style-type: none"> •Repeat every 3-6 months, and as needed to monitor ART. •May influence ARV selection. • May be useful to monitor drug toxicities. •Abnormalities should prompt evaluation of cause.
Lipid Profile (Total Cholesterol, LDL, HDL, Triglycerides)	<ul style="list-style-type: none"> •Baseline before starting ART •Monitoring during ART 	Normal	<ul style="list-style-type: none"> •Repeat annually or more frequently (every 3-6 months) based on initial results, ARV use, or risk of cardiovascular disease.



Test	Rationale	Result	Frequency and Comments
Glucose (preferably fasting)		Abnormal	•For interventions, see chapter <i>Dyslipidemia</i> .
Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg)	• Indicates active hepatitis B	• HBsAg negative	• Consider vaccination if HBsAb negative (not immune).
		• HBsAg positive	•Indicates chronic or acute hepatitis B infection; requires further evaluation
Hepatitis B Core Antibody (Anti-HBc, IgG)	•Indicates past exposure or ongoing infection	• Anti-HBc negative	•The patient most likely has not been infected with hepatitis B; consider vaccination if HBsAb negative and HBsAg negative.
		• Anti-HBc positive	•The patient most likely has been infected with hepatitis B; this test alone does not distinguish past exposure from active infection. •In rare cases, may be falsely negative in some with chronic infection. •If sAb negative and sAg negative, check HBV DNA to rule out active infection. •If sAb is positive, patient is immune.
Hepatitis B Surface Antibody (Anti-HBs)	• Indicates immunity status	• Anti-HBs negative	•The patient is not immune to hepatitis B; consider Vaccination, unless patient has active hepatitis (sAg positive or HCV DNA positive).
		• Anti-HBs positive	•The patient is immune to hepatitis B either by previous infection or by immunization; may be negative in acute hepatitis B infection.



Test	Rationale	Result	Frequency and Comments
Anti-HCV Antibody (HCV Ab)	• Hepatitis C status	• HCV negative	• Patient is not infected with hepatitis C. • Consider annual screening in high-risk patients.
		• HCV positive	• Patient has chronic hepatitis C infection or past infection with immunity; confirm positive results with HCV RNA.
<i>Toxoplasma gondii</i> IgG	• Detects exposure; if positive, increased risk of developing CNS toxoplasmosis if CD4 count <100 cells/mm ³	Normal/negative	• Repeat if patient becomes symptomatic or when CD4 count drops to <100 cells/mm ³ .
		Abnormal/positive	• Note as baseline information. • Start toxoplasmosis prophylaxis when CD4 count drops to <100 cells/mm ³ .
PPD (tuberculin skin test) (if no history of TB or positive PPD)	• Detects latent TB infection	• Normal	• Repeat every 6-12 months. • Repeat if CD4 count was <200 cells/mm ³ on initial test but increases to >200 cells/mm ³ .
		Abnormal (induration >5 mm)	Evaluate for active TB.
Chest X-Ray	• Detects latent or active diseases	• Normal	• Repeat as indicated for pulmonary symptoms or positive PPD.
		• Abnormal	• Evaluate for TB, PCP, or other pathology.
Papanicolaou Smear (cervical for women; anal for women and	• Detects abnormal cell changes, dysplasia	• Normal	• Repeat in 6 months; then annually if negative on 2 smears and no ongoing risk factors.



Test	Rationale	Result	Frequency and Comments
men)		• Abnormal	• Perform workup treat, (see chapters <i>Cervical Dysplasia</i> and <i>Anal Dysplasia</i>) and follow up more frequently as indicated by condition.
(VDRL); or (RPR)	• Syphilis screening	• Negative titer	• Repeat every 3-12 months, depending on risk factors.
		• Positive titer: confirm With FTabs-Ab	Treat patient; refer partner(s) of previous 60 days for evaluation and treatment; counsel about safer sex. Perform serial testing if monitoring active disease. (See chapter <i>Syphilis</i> .)
G6PD Level	Prevent hemolytic reactions by screening susceptible men of African, Mediterranean, Asian, Sephardic Jewish descent Some would recommend screening all patients	• Normal range	• No intervention is necessary beyond documentation.
		• Abnormal range	• Avoid oxidant drugs such as dapsone, primaquine, and Sulfonamides, if possible.
Urinalysis (UA)	• Detects proteinuria or pyuria	• Normal	• Repeat annually.
		• Abnormal	• Rule out HIV-associated nephropathy and other causes of nephropathy.
ECG	• Baseline for comparison due to greater risk for cardiovascular disease with ART		• Repeat as indicated



منابع:

- مجموعه دستورالعمل‌های مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی و ایدز، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، آبان ۱۳۸۸
- دستورالعمل اجرائی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مراقبت و درمان بیماران HIV مثبت، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، ۱۳۸۴

- Antiretroviral Drugs For Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants, Towards Universal Access, Recommendations for a public health approach, World health Organization 2006 version,
- Antiretroviral therapy for HIV Infection in Adults and Adolescent: Recommendations for a public health approach, World health Organization 2006
- Post-Exposure Prophylaxis for Prevent HIV Infection, Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection, World health Organization, international Labor Organization, 2008,
- Guidelines on Co-Trimoxazole Prophylaxis For HIV-Related Infections Among Children Adolescent and adults, recommendations for a public health approach, World health Organization 2006
- Recommendations for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings, World health Organization 2006,
- Integrated management of adolescent and adults and adult illness, Chronic HIV care with ARV Therapy, World health Organization, January 2004
- Integrated management of adolescent and adults and adult illness, Acute care, World health Organization, January 2004
- Integrated management of adolescent and adults and adult illness, Palliative care, symptom management and end-of-life care, World health Organization, January 2004



اختصارات

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
AIDS	Acquired Immuno deficiency Syndrome
ALT	Alanine Aminotransferase
ARDS	Adult Respiratory Distress Syndrome
ART	Antiretroviral Treatment
ARV	Antiretroviral
AST	Asparate Aminotransferase
ATV	atazanavir
BID	twice daily
BUN	Blood Urea Nitrogen
CD4	cell cluster of differentiation antigen 4 cell
CK	Creatine Kinase
CMV	cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CRP	C-reactive protein
d4T	stavudine
ddI	didanosine
DOT	Directly Observed Treatment
EFV	efavirenz
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HAART	Highly Active Antiretroviral Treatment
HBsAg	Hepatitis B Surface Antigen
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HDL	high-density lipoprotein
HIV	human immunodeficiency virus
HPV	human papillomavirus
HSV	herpes simplex virus
IDU	injecting drug user
IDV	indinavir
IgG	immunoglobulin G
INR	international normalized ratio
IRIS	immune reconstitution inflammatory syndrome
LDH	lactate dehydrogenase
LF T	liver function test
LPV	lopinavir
MAI	<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>
MTCT	mother-to-child transmission
NFV	nelfinavir
NN RTI	non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NRTI	nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor
NVP	nevirapine
OD	once daily
OI	opportunistic infection
OST	opioid substitution therapy
PCP	<i>Pneumocystis jirovecii</i> pneumonia (formerly <i>P. carinii</i> pneumonia)
PCR	polymerase chain reaction
PGL	persistent generalized lymphadenopathy
PI	protease inhibitor
PL WHA	people living with HIV and AIDS
PML	progressive multifocal leukoencephalopathy
/r low	dose ritonavir (for boosted PI)
RTV	ritonavir
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir
TID	three times daily
TSH	thyroid-stimulating hormone
VDRL	venereal disease research laboratory
VL	viral load
VLDL	very-low-density lipoprotein
ZDV	zidovudine (also know as azidothymidine (AZT))

