

DNA PCR နည်းဖြင့် အိပ်ချ်အိုင်စီပိုး ရှိ၊ မရှိစစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာ တောင်းခံလွှာပုံစံအတွက်

အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုချက်များနှင့် ဖြည့်သွင်းပုံ

Sample Information - သွေးနမူနာနှင့်သက်ဆိုင်သောအချက်အလက်များ

Reason for test - ကလေးတစ်ယောက်အတွက် ပထမဆုံးအကြိမ် သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်း (သို့မဟုတ်) ပထမအကြိမ် ပေးပို့သော သွေးနမူနာ စံမမှီသောကြောင့် ပြန်လည်ပေးပို့ခြင်းဖြစ်ပါက Initial/first time အား အမှတ်ခြစ်ပါ။ မိခင်နို့ဖြတ်ပြီးနောက်ဖြစ်စေ၊ (သို့မဟုတ်) အိပ်ချ်အိုင်စီပိုးရောဂါလက္ခဏာများပေါ်လာသောကြောင့် နောက်ထပ်တစ်ကြိမ် ပြန်လည်စစ်ဆေးခြင်းဖြစ်ပါက Repeat/confirmatory အား အမှတ်ခြစ်ပါ။ **မဖြစ်မနေ** ဖြည့်သွင်းပေးရပါမည်။

Type of sample - DBS ကဒ်ဖြင့် သွေးနမူနာပေးပို့ပါက DBS အားအမှတ်ခြစ်၍ EDTA tube အသုံးပြုကာ သွေးနမူနာပေးပို့ပါက EDTA whole blood အားအမှတ်ခြစ်ပါ။

Date sample collected - သွေးနမူနာ ရယူသော ရက်စွဲအား ရက်၊လ၊ခုနစ် ပုံစံဖြင့်ဖြည့်သွင်းပါ။

Date sample shipped to PCR Lab - သွေးနမူနာအား DNA PCR စစ်ဆေးသော ဓာတ်ခွဲခန်း (NHL သို့မဟုတ် PHL)သို့ ပေးပို့သောရက်စွဲအား ရက်၊လ၊ခုနစ် ပုံစံဖြင့်ဖြည့်သွင်းပါ။

Infant Testing History - ကလေးငယ်၏ သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာမှတ်တမ်း

ကလေးငယ်သည် ယခင်က ၁ ကြိမ်ထက်ပိုသော သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်း ခံယူဖူးပါက၊ နောက်ဆုံးအကြိမ် စစ်ဆေးခဲ့သော အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပါ။

ယခင် သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်း ခံယူဖူးခြင်းရှိ၊ မရှိအား Any prior HIV test? တွင် Yes (သို့) No ရွေးချယ်ပါ။ အကယ်၍ ယခင်သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်းခံယူခဲ့ဖူးပါက နောက်ဆုံးပြုလုပ်ခဲ့ဖူးသောနည်းလမ်း (DNA PCR သို့မဟုတ် HIV Ab - Serology) ကို ရွေးချယ်ပါ။ ထို့အပြင် NHL သို့မဟုတ် PHL မှ Lab ID ဖော်ပြနိုင်ပါက ၎င်း ID အမှတ်အား ပြန်လည်ရေးသားကာ စစ်ဆေးခဲ့ဖူးသော သွေးအဖြေနှင့် ရက်စွဲ (ရက်၊လ၊ခုနစ် ပုံစံဖြင့်) ပြန်လည်ဖြည့်သွင်းပေးရပါမည်။

Facility Information - သွေးဖောက်သောနေရာနှင့် သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များ

သွေးဖောက်သောနေရာ တိုင်း/ပြည်နယ်အမည်၊ မြို့နယ်အမည်အား ထည့်သွင်းရေးသားပြီး ခုခံကျ/ကာလသားရောဂါ တိုက်ဖျက်ရေးအဖွဲ့ (သို့) ဆေးရုံ၊ (သို့) အထူးကုဆေးရုံ (သို့) အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်း (သို့) အခြားရှိပါက သက်ဆိုင်ရာအလိုက် ရွေးချယ်ရပါမည်။ သို့မှသာ သွေးဖောက်ခဲ့သော နေရာဌာန အပြည့်အစုံ ကိုသိရှိနိုင်ပါမည်။

Mother/Guardian's General Information - သွေးဖောက်သောကလေးငယ်၏ မိခင် (သို့) အုပ်ထိန်းသူနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေခံအချက်အလက်များ

မိခင် (သို့) အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်၊ ၎င်းနေထိုင်ရာ တိုင်း/ပြည်နယ်အမည်၊ မြို့နယ်အမည်နှင့် PMCT ကုန်ခံပါတ်အား ထည့်သွင်းရေးသားပါ။ မိခင်ဖြစ်ပါက မည်သည့် PMCT (မိခင်မှကလေးသို့ အိပ်ချ်အိုင်စီပိုးကူးစက်မှုမှ ကာကွယ်ရေး) စီမံချက်ဝင်မြို့နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်းသိရှိစေရန် ဖြစ်ပါသည်။ ထို့အပြင် မိခင် (သို့) အုပ်ထိန်းသူအား အလွယ်တကူဆက်သွယ်နိုင်စေရန် ၎င်းတို့၏ဖုန်းနံပါတ်အား (ရှိပါက) မှတ်သားထားစေလိုပါသည်။

Infant's General Information - သွေးဖောက်စစ်ဆေးသောကလေးနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေခံအချက်အလက်များ

ကလေးငယ်၏ အမည်၊ မွေးနေ့ နှင့် ကျား၊မ တို့အား ဖြည့်သွင်းရေးသားရပါမည်။ အမည်ရေးသားရာတွင် ကလေးအမည်ရင်း နှင့် အမည်မပေးခင် သွေးဖောက်စစ်ဆေးရာတွင် အသုံးပြုသောအမည် (ဥပမာ - B' မြမြ) နှစ်ခုရှိပါက အမည်နှစ်ခုစလုံး ပြန်လည်ရေးသားပေးရန် အထူးလိုအပ်လှပါသည်။ ကလေးငယ်၏မွေးနေ့ အား **(မဖြစ်မနေ)** ဖြည့်သွင်းရမည်ဖြစ်ပြီး ရက်၊လ၊ခုနစ်ပုံစံကို အသုံးပြုရပါမည်။

Mother/Father Information - မိခင်/ဖခင်နှင့်သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များ (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှတ်တမ်း/စာအုပ်အား ကြည့်ရှုအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။)

Mother & Father HIV status - မိခင် (သို့) ဖခင်၏ အိပ်ချ်အိုင်ဗွီပိုး ရှိမရှိ အခြေအနေအား ဖြည့်သွင်းပါ။ သေချာစွာ မသိရှိပါက 'Unknown' အားအမှတ်ခြစ်ပါ။

Mode of Delivery - မွေးဖွားသည့်နည်းလမ်းများဖြစ်သော ပုံမှန်မွေးဖွားခြင်း (Vaginal)၊ ရက်စိတ်ကြိုက်ရွေးချယ်စိတ်ဖြာခြင်း (Elective Caesarean) နှင့် အရေးပေါ်ခွဲစိတ်မွေးဖွားခြင်း (Emergency Caesarean) တို့မှ တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ။

Maternal ARV Status - ARV ဟုဆိုလိုရာတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်အတွက် အိပ်ချ်အိုင်ဗွီပိုးပွားမှုတားဆီးဆေး (pARV) နှင့် တသက်တာသောက်ရမည့် ART ဆေးပေါင်းကုထုံးတို့ ပါဝင်ပါသည်။

ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေစဉ်အတွင်း (during pregnancy)၊ မွေးဖွားစဉ်အတွင်း (during delivery)၊ နှင့် မွေးဖွားပြီးနောက်ပိုင်း (after delivery) တွင် ARV ဆေးစတင်သောက်သုံးမှုရှိပါက သက်ဆိုင်ရာအကွက်တွင် အမှတ်ခြစ်ပါ။ လက်ရှိကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်မိမိ၌ အိပ်ချ်အိုင်ဗွီပိုးရှိသည်ဟုသိ၍ ART ဆေးပေါင်းကုထုံးသောက်သုံးနေပါက 'Known case on ART' အကွက်တွင် အမှတ်ခြစ်ပါ။ pARV (သို့) ART ဆေးပေါင်းကုထုံးအား သောက်သုံးနေခြင်းမရှိပါက 'None' အကွက်တွင် အမှတ်ခြစ်ပါ။

အကယ်၍ ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေစဉ်အတွင်း ARV စတင်သောက်သုံးမှုရှိပါက ဆေးစတင်ရရှိသောကိုယ်ဝန်ပတ်ကို 'If "Initiate ARV during pregnancy", Week started' တွင်ဖြည့်သွင်းပါ။

Infant PMCT - ကလေးငယ်၏ PMCTနှင့်သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များ

ARV Status - ARV ဟုဆိုလိုရာတွင် မွေးဖွားပြီးနောက် ကလေးငယ်အားတိုက်ကျွေးသည့် မိခင်မှအိပ်ချ်အိုင်ဗွီပိုးကူးစက်မှု ကြိုတင်ကာကွယ်ဆေးကိုဆိုလိုပါသည်။

ကလေးမွေးဖွားပြီးသည့်အချိန်မှစ၍ ကလေးအသက် (၄-၆) ပတ်လည် Nevirapine ဆေးအား နေ့စဉ်တိုက်ကျွေးပါက 'Daily NVP 4-6 wks' တွင်အမှတ်ခြစ်၍ Nevirapine နှင့် Zidovudine ဆေးတွဲအား နေ့စဉ်တိုက်ကျွေးပါက 'Daily NVP & AZT 4-6 wks' တွင်အမှတ်ခြစ်ပါ။ အကယ်၍ ကလေးငယ်အား မိခင်မှအိပ်ချ်အိုင်ဗွီပိုးကူးစက်မှု ကြိုတင်ကာကွယ်ဆေးအား လုံးဝတိုက်ကျွေးခြင်းမရှိပါက 'None' အကွက်တွင် အမှတ်ခြစ်ပါ။

Feeding History - ကလေးအာဟာရ ကျွေးမွေးခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

လက်ရှိအခြေအနေတွင် ကလေးငယ်အား နို့တိုက်ကျွေးနေခြင်း ရှိမရှိ အား 'Currently Breastfed' တွင် 'Yes' သို့မဟုတ် 'No' ရွေးချယ်ပါ။

အကယ်၍ 'Yes' အားရွေးချယ်ခဲ့ပါက၊ မိခင်နို့တစ်မျိုးတည်း တိုက်ကျွေးခြင်း (Exclusive Breast Feeding)၊ မိခင်နို့လုံးဝမတိုက်ဘဲ အခြား နို့၊ နို့မှုန့်၊ နို့ထွက်ပစ္စည်းများတိုက်ကျွေးနေခြင်း (Exclusive Replacement Feeding)၊ မိခင်နို့ အပြင် ရေအပါအဝင် အခြားဖြည့်စွက်အစာများ တိုက်ကျွေးနေခြင်း (Mixed Feeding) ရှိမရှိ တို့အား ထပ်မံရွေးချယ်ပါ။

အကယ်၍ 'No' အားရွေးချယ်ခဲ့ပါက၊ နို့ဖြတ်ခဲ့သောအချိန်တွင် ကလေးငယ်ရောက်ရှိနေသော အသက်အား 'လ' ဖြင့် ဖြည့်သွင်းပါ။

ဤ DNA PCR နည်းဖြင့် အိပ်ချ်အိုင်ဗွီပိုး ရှိ၊ မရှိစစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာ တောင်းခံလွှာပုံစံအား သက်ဆိုင်ရာကျန်းမာရေးဝန်းထမ်းမှ လက်မှတ်ထိုး၍ ရုံးတံဆိပ်တုံးနှိပ်ကာ သွေးနမူနာနှင့်အတူ အောက်ဖော်ပြပါ သက်ဆိုင်ရာ DNA PCR ဓာတ်ခွဲခန်းများသို့ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

၁) ဗိုင်းရပ်စ်ဗေဌာန၊ အမျိုးသားကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲခန်းဆိုင်ရာဌာန၊ အမှတ် ၃၅၊ မော်ကွန်းတိုက်လမ်း၊ ဒဂုံမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။ ဖုန်း - ၀၁-၃၇၁၉၅၇ (လိုင်းခွဲ - ၁၂၄) ၊ ဖက်စ် - ၀၁-၃၇၁၉၂၅

၂) ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓာတ်ခွဲခန်းဆိုင်ရာဌာန၊ ၃၅ လမ်း၊ ၆၄ နှင့် ၆၆ ကြား၊ မဟာအောင်မြေမြို့နယ်၊ မန္တလေးမြို့။ ဖုန်း - ၀၂-၃၉၈၃၉