PHIẾU THEO DÕI ĐỊNH KỲ HẰNG QUÝ TẠI PHÒNG KHÁM

Mẫu phiếu này do bác sĩ/điều dưỡng của phòng khám ngoại trú sử dụng nhằm thu thập những thông tin về diễn tiến bệnh và tình hình điều trị ARV của trẻ mỗi 3 tháng một lần. Các thông tin sẽ được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

I. Phần phỏng vấn người chăm sóc

A. Thông tin hành chính

A1. Tên người thu thập thông tin: _____

A2. Lần thu thập thông tin thứ mấy: __

A3. Ngày thu thập thông tin: _ _/_ _ / 202_

A4. Tên người cung cấp thông tin: _____

A5. Bệnh viện

1☐ Bệnh viện Nhi Đồng 1 *4☐ Bệnh viện Đa khoa A tỉnh Thái Nguyên*

2☐ Bệnh viện Nhi Đồng 2 *5☐ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh*

3☐ Bệnh viện Nhi trung ương *6☐ Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*

A6. Mã số bệnh nhân trong nghiên cứu: *(Mã BV+Nhóm NC+Số thứ tự):* _ _ _ _ _

A7. Tên bệnh nhân: _____

A8. Tuổi bệnh nhân: _ _

B. Tình hình điều trị ARV của trẻ

B1. Ngày hẹn tái khám theo lịch: _ _/_ _ / 202_

B2. Ngày tái khám thực tế: _ _/_ _ / 202_

B3. Lý do trẻ tái khám không đúng hẹn, nếu có (có thể chọn nhiều):

1☐Trẻ bị ốm *2☐Trẻ bận học*

3☐Trẻ hết thuốc sớm/muộn hơn dự kiến *4☐Người chăm sóc trẻ bận*

8☐Khác, ghi rõ _____

B4. Người đi cùng bệnh nhân trong lần tái khám này

1☐ Cùng một người như đã đăng ký=>B6 *2☐ Người khác*

B5. Nếu là người khác, quan hệ như thế nào với bệnh nhân:

1☐ Mẹ *2☐ Bố* *3☐ Ông bà*

3☐ Bà con, họ hàng *8☐ Khác (ghi rõ):*_____

B6. Những khó khăn trẻ gặp phải khi uống thuốc ARV ***trong 3 tháng vừa qua*** *(có thể chọn nhiều)*

1☐ Không gặp khó khăn gì *2☐ Trẻ không muốn uống thuốc*

3☐ Trẻ bỏ quên liều *4☐ Trẻ uống thuốc không đúng giờ*

5☐ Trẻ bị nôn sau khi uống thuốc *6☐ Trẻ gặp tác dụng phụ của thuốc*

7☐ Không đủ thuốc cho trẻ uống *8☐ Khác, ghi rõ* _____

B7. Hiện trẻ đang được uống thuốc mấy lần trong ngày? *lần*

B8. Trong vòng ***một tuần vừa qua***, có bao nhiêu lần trẻ quên uống thuốc? __ *lần*

(Nếu trẻ không quên thuốc thì ghi 0 và chuyển qua câu B10)

B9. Nếu có quên liều, trẻ đã được xử trí như thế nào (có thể chọn nhiều)?

1☐ Bỏ qua liều bị quên *2☐ Cho uống bổ sung ngay khi nhớ ra*

3☐ Uống bù (gộp vào liều tiếp theo) *8☐ Khác, ghi rõ* _____

B10. Trong vòng ***một tuần vừa qua***, có bao nhiêu lần trẻ uống thuốc muộn giờ: __ *lần*

B11. Trong vòng ***một tuần vừa qua***, có bao nhiêu lần trẻ bị nôn trong vòng 30 phút sau khi uống thuốc: ___ *lần (Nếu trẻ không bị nôn thì ghi 0 và chuyển qua câu B10)*

B12. Trẻ được xử lý như thế nào sau khi nôn (có thể chọn nhiều)

1☐ *Không làm gì* *2*☐ *Cho uống lại cả liều*

3☐ *Cho uống lại nửa liều* *8*☐ *Khác, ghi rõ* _____

B13. Số liều thuốc ARV trẻ được cấp phát trong lần tái khám trước: ___ *liều*

B14. Số liều thuốc ARV còn lại khi đến tái khám lần này: *liều*

B15. ***Trong vòng 3 tháng qua***, trẻ có phải vào viện khám, điều trị vì lý do nào khác không?

1☐ *Có* *2*☐ *Không=>B18* *9*☐ *Không rõ=>B18*

B16. Nếu có, xin cho biết lý do phải vảo viện khám, điều trị _____

B17. Chi phí cho đợt khám, điều trị này: _____ đồng

B18. Tổng chi phí cho điều trị ARV của trẻ trong vòng 3 tháng qua: _____ đồng

II. Phần Tóm tắt thông tin từ hồ sơ bệnh án trong lần tái khám

O. Thông tin hành chính

O1. Tên người thu thập thông tin: _____

O2. Lần thu thập thông tin thứ mấy: ___

O3. Ngày thu thập thông tin: _ _/_ _ / 202_

O4. Bệnh viện

1☐ *Bệnh viện Nhi Đồng 1* *4*☐ *Bệnh viện Đa khoa A tỉnh Thái Nguyên*

2☐ *Bệnh viện Nhi Đồng 2* *5*☐ *Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh*

3☐ *Bệnh viện Nhi trung ương* *6*☐ *Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*

O5. Mã bệnh nhân trong nghiên cứu: *(Mã BV+Nhóm NC+Số thứ tự):* _ _ _ _ _

O6. Mã hồ sơ bệnh án: _____

O7. Tên bệnh nhân: _____

C. Thông tin lâm sàng

C1. Ngày tái khám _ _ / _ _ / 202_

C2. Tên bác sĩ khám: _____

C3. Cân nặng của trẻ (kg): _____

C4. Chiều cao của trẻ (cm): _____

C5. Nhiệt độ: _____

C6. Giai đoạn lâm sàng hiện tại: *1*☐ *2*☐ *3*☐ *4*☐

C7. Tình trạng nhiễm trùng cơ hội (có thể chọn nhiều)

0☐ *Không có* *1*☐ *Nhiễm Lao*

2☐ *Nhiễm nấm Candida* *3*☐ *Herpes zoster (Zona)*

4☐ *Viêm phổi do Pneumocystis (PCP)* *5*☐ *Viêm màng não do nấm Cryptococcus*

6☐ *Viêm não do Toxoplasmosis* *7*☐ *Nấm Penicilium marneffei/Talaromyces marneffei*

8☐ *Mycobacterium avium complex(MAC)* *9*☐ *Herpes simplex (HSV)*

10☐ *Cytomegalovirus diseases (CMV)* *11*☐ *Others - Khác*

C8. Có đang điều trị lao không: *1☐ Có, đang điều trị* *2☐ Không, chưa điều trị=>C10*

C8. Nếu đang điều trị lao, thời gian bắt đầu dùng thuốc từ khi nào:

_ _/_ _ / _ _ _ _ (ngày/tháng/năm)

C10. Đánh giá về tình trạng dinh dưỡng, phát triển thể chất

1☐ Bình thường *2☐ Thiếu cân* *3☐ Còi cọc*

C11. Đánh giá về phát triển tâm thần

1☐ Bình thường *2☐ Chậm* *3☐ Trì trệ*

C12. Triệu chứng rối loạn tâm thần, nếu có: _____

C13. Có tác dụng phụ của thuốc: *1☐ Có* *2☐ Không=>C15*

C14. Nếu có, ghi rõ tác dụng phụ gặp phải: _____

C15. Trong ***vòng 3 tháng vừa qua***, trẻ có thay đổi phác đồ ARV:

1☐ Có *2☐ Không*

C16. Trẻ đang được điều trị theo phác đồ:

1☐ Bậc 1 *2☐ Bậc 2* *3☐ Khác, ghi rõ* _____

C17. Các thuốc ARV hiện đang sử dụng (chọn nhiều)

1☐ TDF (Tenofovir) *2☐ 3TC (Lamivudine)*
3☐ FTC (Emtricitabine) *4☐ DTG (Dolutegravir)*
5☐ EFV (Efavirens) *6☐ NVP (Nevirapine)*
7☐ AZT (Zidovudin) *8☐ ABC (Abacavir)*
9☐ LPV/r (Lopinavir/ritonavir) *10☐ D4T (Stavudine)*
11☐ ATA (Atazantavir) *12☐ RAL (Raltegravir)*
13☐ DTG (Dolutegravir) 14☐ *DAV (Darunavir)*
15☐ TAF (Tenofovir alafenamide) *16☐ Khác, ghi rõ*_____

D. Xét nghiệm cận lâm sàng trong vòng 3 tháng qua (từ lần điều tra trước đến nay)

D1. Trong vòng ***3 tháng qua***, BN có được làm xét nghiệm đo tải lượng vi rút không?

1☐ Có *2☐ Không => D4*

D2. Ngày xét nghiệm đo tải lượng vi rút *(ghi ngày lấy mẫu, nếu xét nghiệm nhiều hơn một lần, ghi lần gần nhất) _ _/_ _ / _ _ _ _ (ngày/tháng/năm)*

D3. Kết quả đo tải lượng vi rút:

Số lượng bản sao: _____ ☐ *Dưới ngưỡng phát hiện*

D4. Trong vòng 3 tháng qua, BN có được làm xét nghiệm đếm tế bào CD4 không?

1☐ Có *2☐ Không => D7*

D5. Ngày xét nghiệm đếm tế bào CD4 *(ghi ngày lấy mẫu, nếu xét nghiệm nhiều hơn một lần, ghi lần gần nhất) _ _/_ _ / _ _ _ _ (ngày/tháng/năm)*

D6. Kết quả đếm tế bào CD4: *Số tế bào/mm3:* ____ *(Ghi 0 nếu chưa có kết quả)*

D7. Trong vòng 3 tháng qua, BN có được làm xét nghiệm gen kháng thuốc không?

1☐ Có *2☐ Không=>Kết thúc*

D8. Ngày xét nghiệm gen *(ghi ngày lấy mẫu) _ _/_ _ / _ _ _ _ (ngày/tháng/năm)*

D9. Kết quả xét nghiệm gen: _____

Người thu thập thông tin