

Phụ lục 06
MẪU BÁO CÁO GIÁM SÁT PHÁT HIỆN NHIỄM HIV
(Ban hành kèm Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
TÊN ĐƠN VỊ
Số:/.....¹.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
.....²....., ngày.....tháng năm.....

BÁO CÁO GIÁM SÁT PHÁT HIỆN NHIỄM HIV

Kính gửi:.....³.....

1. Họ, chữ đệm và tên khai sinh⁴: 2. Dân tộc⁵: 3. Giới tính⁶: 4. Năm sinh⁷:
5. Số định danh cá nhân⁸:
6. Nơi thường trú⁹:
7. Nơi tạm trú/ nơi ở hiện tại¹⁰:
8. Nghề nghiệp (mã số)¹¹: 9. Đối tượng (mã số)¹²:

¹ Chữ viết tắt tên cơ quan làm báo cáo

² Địa danh

³ Tên cơ quan nhận báo cáo

⁴ Ghi đầy đủ họ, chữ đệm và tên của người nhiễm bằng chữ in hoa, có dấu

⁵ **Dân tộc:** Ghi rõ người nhiễm thuộc dân tộc gì (Kinh, Nùng, Thái v.v...)

⁶ **Giới tính:** Ghi rõ giới tính (khi sinh) của người nhiễm, giới tính nam ghi là “Nam”, giới tính nữ ghi là “Nữ”

⁷ **Năm sinh:** Ghi rõ năm sinh của người nhiễm. Nếu trẻ em dưới 1 tuổi cần ghi rõ số tháng tuổi và dưới một tháng tuổi thì ghi ngày tuổi (ví dụ: trẻ được 28 ngày thì ghi 28ng, trẻ được 6 tháng tuổi thì ghi 6th)

⁸ Ghi đầy đủ số định danh cá nhân của người nhiễm

⁹ **Nơi thường trú:** là nơi công dân sinh sống ổn định, lâu dài và đã được đăng ký thường trú. Ghi đầy đủ thông tin.

¹⁰ **Nơi tạm trú:** là nơi công dân sinh sống trong một khoảng thời gian nhất định ngoài nơi thường trú và đã được đăng ký tạm trú. **Nơi ở hiện tại:** là nơi thường trú hoặc nơi tạm trú mà công dân đang thường xuyên sinh sống; trường hợp không có nơi thường trú, nơi tạm trú thì nơi ở hiện tại là nơi công dân đang thực tế sinh sống. Ghi đầy đủ thông tin.

¹¹ Điền số tương ứng vào trường **Nghề nghiệp:** 1. Nhân viên cơ sở kinh doanh dịch vụ dễ bị lợi dụng để hoạt động mại dâm, 2: Lái xe, 3: Ngu dân, 4: Người làm nông nghiệp, 5: Công nhân, 6: Cán bộ, chiến sĩ thuộc lực lượng vũ trang nhân dân, 7: Công chức, viên chức, người lao động có hợp đồng lao động theo quy định của pháp luật lao động, 8: Học sinh, sinh viên, 9: Trẻ em, 10: Lao động tự do, 11: Thất nghiệp, 12: Phạm nhân.

¹² Điền số tương ứng vào trường **Đối tượng:** 1: Người sử dụng ma túy, 2: Người bán dâm, 3: Người có quan hệ tình dục đồng giới, 4: Người chuyển đổi giới tính, 5: Vợ, chồng và thành viên khác của gia đình cùng sống chung với người nhiễm HIV; vợ, chồng của đối tượng quy định tại các mục 1, 2, 3, 4, 6: Người có quan hệ tình dục với người nhiễm

10. Ngày xét nghiệm khẳng định:...../...../.....11. Phòng xét nghiệm khẳng định:.....
12. Nơi lấy mẫu máu xét nghiệm:.....
13. Xét nghiệm nhiễm mới¹³
Ngày làm xét nghiệm nhiễm mới HIV bằng sinh phẩm nhanh:...../...../.....
Kết quả xét nghiệm nhiễm mới HIV bằng sinh phẩm nhanh:.....
Kết quả xét nghiệm nhiễm mới HIV theo phương cách:
14. Kết quả xác minh hiện trạng cư trú (mã số)¹⁴:

NGƯỜI TỔNG HỢP
(Ký, ghi rõ họ tên)

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên, đóng dấu)

HIV, 7: Người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, 8: Phạm nhân, người bị tạm giam, trại viên cơ sở giáo dục bắt buộc, học sinh trường giáo dưỡng, học viên cơ sở cai nghiện ma túy, 9: Nhóm bệnh nhân Lao, 10: Người nghi ngờ AIDS

¹³ **Xét nghiệm nhiễm mới** thực hiện theo Quyết định số 2834/QĐ-BYT ngày 09/6/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn thực hiện xét nghiệm phát hiện nhiễm mới HIV và sử dụng số liệu xét nghiệm phát hiện nhiễm mới HIV trong phòng chống HIV/AIDS

Kết quả xét nghiệm nhiễm mới HIV bằng sinh phẩm nhanh: Ghi nhận kết quả Nhiễm mới hoặc Nhiễm lâu.

Kết quả xét nghiệm nhiễm mới HIV theo phương cách: Ghi nhận kết quả Nhiễm mới hoặc Nhiễm lâu, để trống nếu Kết quả xét nghiệm nhiễm mới HIV bằng sinh phẩm nhanh là nhiễm lâu.

¹⁴ Điền số tương ứng vào trường **Kết quả xác minh hiện trạng cư trú**: 1: Mất dấu, 2: Hiện đang sinh sống tại địa phương, 3: Không có thực tế, 4: Đi trại, 5: Chuyển đi tỉnh khác, 6: Chưa xác định được, 7: Đi làm ăn xa, 8: Chuyển đi trong tỉnh.

Phụ lục 07
MẪU BÁO CÁO NGƯỜI NHIỄM HIV ĐANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS
(Ban hành kèm Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
TÊN ĐƠN VỊ

Số:...../.....¹.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....²....., ngày.....tháng năm.....

BÁO CÁO NGƯỜI NHIỄM HIV ĐANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS

Kính gửi:.....³.....

1. Họ, chữ đệm và tên khai sinh⁴:.....2. Giới tính⁵:..... 3. Năm sinh⁶:
4. Số định danh cá nhân⁷:
5. Nơi thường trú⁸:.....
6. Nơi tạm trú/ nơi ở hiện tại⁹:.....
7. Ngày xét nghiệm khẳng định:...../...../.....8. Phòng xét nghiệm khẳng định:
9. Tiền sử điều trị HIV/AIDS:
9.1. Ngày bắt đầu điều trị:/...../.....

Các trường thông tin thu thập 01 lần khi bệnh nhân bắt đầu điều trị HIV/AIDS bao gồm các trường từ 1 đến 8 và 9.1, 9.2.

Các trường thông tin thu thập và báo cáo khi có thay đổi (ví dụ bệnh nhân chuyển điều trị, bỏ trị; khi được xét nghiệm và điều trị) bao gồm các trường từ 9.3 đến 14.

¹Chữ viết tắt tên cơ quan làm báo cáo

²Địa danh

³Tên cơ quan nhận báo cáo

⁴Ghi đầy đủ họ, chữ đệm và tên khai sinh của người nhiễm bằng chữ in hoa, có dấu

⁵**Giới tính:** Ghi rõ giới tính (khi sinh) của người nhiễm, giới tính nam ghi là “Nam”, giới tính nữ ghi là “Nữ”

⁶**Năm sinh:** Ghi rõ năm sinh của người nhiễm. Nếu trẻ em dưới 1 tuổi cần ghi rõ số tháng tuổi và dưới một tháng tuổi thì ghi ngày tuổi (ví dụ: trẻ được 28 ngày thì ghi 28 ng, trẻ được 6 tháng tuổi thì ghi 6th).

⁷Ghi đầy đủ số định danh cá nhân của người nhiễm

⁸**Nơi thường trú:** là nơi công dân sinh sống ổn định, lâu dài và đã được đăng ký thường trú. Ghi đầy đủ thông tin.

⁹**Nơi tạm trú:** là nơi công dân sinh sống trong một khoảng thời gian nhất định ngoài nơi thường trú và đã được đăng ký tạm trú. **Nơi ở hiện tại:** là nơi thường trú hoặc nơi tạm trú mà công dân đang thường xuyên sinh sống; trường hợp không có nơi thường trú, nơi tạm trú thì nơi ở hiện tại là nơi công dân đang thực tế sinh sống. Ghi đầy đủ thông tin.

- 9.2. Nơi bắt đầu điều trị:.....
- 9.3. Ngày bắt đầu điều trị tại cơ sở hiện tại:...../...../.....Nơi điều trị hiện tại:
- 9.4. Ngày chuyển điều trị:/...../.....Nơi chuyển điều trị:
- 9.5. Ngày bỏ trị:/...../.....
10. Xét nghiệm CD4¹⁰
 Ngày làm xét nghiệm CD4:...../...../..... Kết quả xét nghiệm CD4:.....
11. Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy¹¹
 Ngày lấy mẫu:/...../.....Nơi lấy mẫu:.....
 Ngày làm xét nghiệm:...../...../..... Kết quả xét nghiệm:.....
12. Đồng nhiễm HIV và Lao¹²
 Ngày chẩn đoán Lao:/...../.....
 Ngày bắt đầu điều trị Lao:/...../.....
13. Điều trị Lao tiềm ẩn¹³
 Ngày bắt đầu điều trị Lao tiềm ẩn:/...../.....
 Ngày hoàn thành điều trị Lao tiềm ẩn:/...../.....
14. Điều trị đồng nhiễm HIV và viêm gan C¹⁴
 Ngày làm xét nghiệm anti-HCV:...../...../.....Kết quả xét nghiệm anti-HCV (Dương tính/Âm tính) (ghi rõ):.....
 Kết quả chẩn đoán khẳng định nhiễm Viêm gan C (bằng xét nghiệm HCV RNA hoặc HCV cAg) (ghi rõ):

NGƯỜI TỔNG HỢP
(Ký, ghi rõ họ tên)

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên, đóng dấu)

¹⁰ **Xét nghiệm CD4:** Cập nhật và báo cáo khi người bệnh được xét nghiệm CD4 để theo dõi trước và trong khi điều trị ARV theo hướng dẫn tại Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS

¹¹ **Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy:** Cập nhật và báo cáo khi người bệnh được xét nghiệm tải lượng HIV thường quy (xét nghiệm sau 6 tháng, 12 tháng điều trị ARV và sau đó 12 tháng một lần) để theo dõi trước và trong khi điều trị ARV theo hướng dẫn tại Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS và Quyết định số 1112/QĐ-BYT ngày 26/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV trong theo dõi, điều trị HIV/AIDS

¹² **Đồng nhiễm HIV và Lao:** Cập nhật và báo cáo khi người bệnh được chẩn đoán Lao và khi người bệnh bắt đầu được điều trị Lao theo hướng dẫn tại Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS

¹³ **Điều trị Lao tiềm ẩn:** Cập nhật và báo cáo khi người bệnh bắt đầu được điều trị Lao tiềm ẩn và khi người bệnh hoàn thành điều trị Lao tiềm ẩn theo hướng dẫn tại Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS

¹⁴ **Điều trị đồng nhiễm HIV và viêm gan C:** Cập nhật và báo cáo các trường thông tin khi người bệnh được làm xét nghiệm và điều trị viêm gan C theo hướng dẫn tại Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS

Phụ lục 08

MẪU BÁO CÁO NGƯỜI NHIỄM HIV TỬ VONG

(Ban hành kèm Thông tư số /2023/TT-BYT ngày tháng năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN

TÊN ĐƠN VỊ

Số:/.....¹....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

...²..., ngày.....tháng năm.....

BÁO CÁO NGƯỜI NHIỄM HIV TỬ VONG

Kính gửi:.....³.....

1. Họ, chữ đệm và tên khai sinh⁴:.....2. Giới tính⁵:..... 3. Năm sinh⁶:
4. Số định danh cá nhân⁷:
5. Nơi thường trú⁸:.....
6. Nơi tạm trú/ nơi ở hiện tại⁹:.....
7. Ngày xét nghiệm khẳng định:/...../.....8. Phòng xét nghiệm khẳng định:
9. Ngày tử vong:/...../.....10. Nguyên nhân tử vong¹⁰:.....
11. Ngày báo cáo tử vong:/...../.....

NGƯỜI TỔNG HỢP

(Ký, ghi rõ họ tên)

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký tên, đóng dấu)

¹ Chữ viết tắt tên cơ quan làm báo cáo

² Địa danh

³ Tên cơ quan nhận báo cáo

⁴ Ghi đầy đủ họ, chữ đệm và tên khai sinh của người nhiễm bằng chữ in hoa, có dấu

⁵ **Giới tính:** Ghi rõ giới tính (khi sinh) của người nhiễm, giới tính nam ghi là “Nam”, giới tính nữ ghi là “Nữ”

⁶ **Năm sinh:** Ghi rõ năm sinh của người nhiễm. Nếu trẻ em dưới 1 tuổi cần ghi rõ số tháng tuổi và dưới một tháng tuổi thì ghi ngày tuổi (ví dụ: trẻ được 28 ngày thì ghi 28ng, trẻ được 6 tháng tuổi thì ghi 6th)

⁷ Ghi đầy đủ số định danh cá nhân của người nhiễm

⁸ **Nơi thường trú:** là nơi công dân sinh sống ổn định, lâu dài và đã được đăng ký thường trú. Ghi đầy đủ thông tin.

⁹ **Nơi tạm trú:** là nơi công dân sinh sống trong một khoảng thời gian nhất định ngoài nơi thường trú và đã được đăng ký tạm trú. **Nơi ở hiện tại:** là nơi thường trú hoặc nơi tạm trú mà công dân đang thường xuyên sinh sống; trường hợp không có nơi thường trú, nơi tạm trú thì nơi ở hiện tại là nơi công dân đang thực tế sinh sống. Ghi đầy đủ thông tin.

¹⁰ Điền số tương ứng vào trường **Nguyên nhân tử vong:** 1: Giai đoạn cuối của AIDS, 2: Do mắc bệnh khác, 3: Sốc do sử dụng ma túy quá liều, 4: Tự tử, 5: Tai nạn, 6: Khác (ghi rõ), 7: Không rõ

Phụ lục 09

MẪU BÁO CÁO KẾT QUẢ GIÁM SÁT TRỌNG ĐIỂM

(Ban hành kèm Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của
Bộ trưởng Bộ Y tế)

BÁO CÁO KẾT QUẢ GIÁM SÁT TRỌNG ĐIỂM

Tỉnh/thành phố:

Đối tượng giám sát trọng điểm:

Năm thực hiện:

1. Đối tượng và địa bàn

Đối tượng thực hiện trong năm giám sát	Địa bàn triển khai	So sánh thay đổi địa bàn so với năm trước (Nêu rõ việc thay đổi hoặc bổ sung địa bàn)

2. Cỡ mẫu và kết quả xét nghiệm HIV, giang mai trong năm giám sát

STT	Địa bàn	Cỡ mẫu kế hoạch của tỉnh	Cỡ mẫu thực tế thu được	% đạt cỡ mẫu	Kết quả HIV (+)	Kết quả giang mai (+)
1	Địa bàn 1					
2	Địa bàn 2					
3	Địa bàn 3					
4						
5						
	Tổng					

3. Đánh giá chiều hướng tỷ lệ hiện nhiễm HIV và tỷ lệ giang mai

(Tổng hợp và trình bày số liệu từ năm 2012 đến năm thực hiện giám sát)

4. Phân tích các nhóm chỉ số

(Tổng hợp và trình bày số liệu từ năm 2012 đến năm thực hiện giám sát)

STT	Tên chỉ số	Kết quả							Năm thực hiện giám sát
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	...	
Nhóm chỉ số về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV									
Nhóm chỉ số về tiếp cận dịch vụ chăm sóc, điều trị, dự phòng HIV									
Nhóm chỉ số khác (theo bộ câu hỏi)									
	-								

5. Nhận định chung về chiều hướng tình hình dịch HIV/AIDS tại tỉnh/thành phố

- Nhận xét về chiều hướng dịch HIV
- Nhận xét về các chỉ số hành vi, chỉ số tiếp cận dịch vụ và các chỉ số khác

6. Đánh giá công tác thực hiện

a. Đánh giá chung

- Về công tác tổ chức
- Về công tác triển khai (nhóm đối tượng, cỡ mẫu, địa bàn lấy mẫu, thời gian lấy mẫu và xét nghiệm...)
- Về ngân sách thực hiện

b. Khó khăn, tồn tại

- Về công tác tổ chức
- Về công tác triển khai (nhóm đối tượng, cỡ mẫu, địa bàn lấy mẫu, thời gian lấy mẫu và xét nghiệm...)
- Về ngân sách thực hiện

c. Đề xuất, kiến nghị

....., ngày..... tháng năm

NGƯỜI TỔNG HỢP
(Ký, ghi rõ họ tên)

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên, đóng dấu)