**PHỤ LỤC 4**

MẪU BÁO CÁO TỔNG HỢP SỐ LIỆU GIÁM SÁT CA BỆNH HIV/AIDS  
*(Ban hành kèm Thông tư số 07/2023/TT-BYT ngày 04 tháng 4 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN **TÊN ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ……./…1… | *…2… ngày … tháng … năm ….* |

Kính gửi: …………………3………………..

**BÁO CÁO TỔNG HỢP SỐ LIỆU GIÁM SÁT CA BỆNH HIV/AIDS**

Thời gian chốt số liệu báo cáo ………………………4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung báo cáo** | **Số người** | | **Tổng** |
| **Nam** | **Nữ** |
| **I** | **Số liệu báo cáo quý5** |  |  |  |
| 1 | Số người nhiễm HIV phát hiện mới trong quý |  |  |  |
|  | *Trong đó: Số người nhiễm HIV ngoại tỉnh phát hiện mới trong quý* |  |  |  |
| 2 | Số người phát hiện nhiễm mới HIV theo phương cách trong quý |  |  |  |
| 3 | Số người nhiễm HIV tử vong trong quý |  |  |  |
| **II** | **Số liệu từ đầu năm đến cuối kỳ báo cáo6** |  |  |  |
| 1 | Số người nhiễm HIV phát hiện mới |  |  |  |
|  | *Trong đó: Số người nhiễm HIV ngoại tỉnh phát hiện mới* |  |  |  |
| 2 | Số người phát hiện nhiễm mới HIV theo phương cách |  |  |  |
| 3 | Số người nhiễm HIV tử vong |  |  |  |
| **III** | **Số người nhiễm HIV hiện quản lý tính đến cuối kỳ báo cáo7** |  |  |  |
| 1 | Số người nhiễm HIV lũy tích |  |  |  |
| 2 | Số người nhiễm HIV còn sống |  |  |  |
| 3 | Số người nhiễm HIV 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 rõ quý báo cáo hoặc năm báo cáo

5 Báo cáo định kỳ hằng năm không báo cáo mục này

6 Số liệu tính từ người nhiễm HIV đầu tiên được báo cáo vào ngày 01/01 của năm đến cuối kỳ báo cáo

7 Số liệu tính từ người nhiễm HIV đầu tiên được báo cáo đến cuối kỳ báo cáo