

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص اطفال و نوزادان، کارشناس و کارشناسی ارشد مامایی، متخصص و فوق تخصص زنان، متخصص و فوق تخصص عفونی که به حداقل ۷۰٪ پرسش‌های مطرح شده در این مقاله پاسخ درست دهند ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد.

پیشگیری از انتقال ویروس ایدز از مادر به کودک

مهدی شفیعی^۱

خلاصه

زنان ۸ درصد از افراد آلوده به ویروس ایدز (HIV) در کشور ما را تشکیل می‌دهند که اکثر آنها جوان و در سنین باروری هستند و اگر باردار شوند در صورت عدم دریافت اقدامات پیشگیرانه می‌توانند کودک خود را آلوده نمایند. بدون اقدامات پیشگیرانه احتمال انتقال بیماری ایدز از مادر آلوده به نوزاد حدود ۴۵-۱۵ درصد است. بیماری پیشرفته HIV یا مرحله ایدز، تعداد کم شمارش CD4، بار ویروسی بالا، عفونت اولیه HIV، همراهی با سایر بیماری‌های آمیزشی، زایمان واژینال، سن بالای مادر، مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل، کوریو آمیونیت، نارس بودن، وزن کم هنگام تولد، پارگی زودرس کیسه آب و تغذیه با شیرمادر از عواملی هستند که خطر انتقال را افزایش می‌دهند. راهکارهای کشوری برای پیشگیری انتقال از مادر آلوده به کودک (Prevention Mother To Child Transmission: PMTCT) شامل مشاوره قبل از حاملگی، مشاوره و آزمایش HIV در دوره بارداری، پروفیلاکسی مادران باردار آلوده با استفاده از رژیم‌های ضد ویروسی توصیه شده، زایمان ایمن، پیگیری و درمان مادران بعد از زایمان، پایش اولیه نوزاد و تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مصنوعی می‌باشد که در این مقاله به آنها پرداخته شده است.

انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله خواننده:

- با اپیدمیولوژی انتقال HIV از مادر به کودک آشنا شده باشد.
- تعریف درست انتقال این ویروس از مادر به کودک را بداند.
- میزان انتقال در هر مرحله را بداند.
- راهکارهای کشوری برای کاهش انتقال این ویروس از مادر به کودک را نام ببرد.
- پروفیلاکسی دارویی متناسب با هر گروه را بداند.
- نحوه برخورد با نوزاد به دنیا آمده از مادر آلوده را بداند.

۱- پزشک عمومی، کارشناس بیماری‌های آمیزشی و ایدز حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آدرس: کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، گروه مبارزه با بیماری‌ها • آدرس پست الکترونیک: dr.shfiee129@yahoo.com

کودک یا PMTCT (Prevention Mother To Child Transmission) را با توجه به شرایط موجود در کشور تدوین نموده است.

عواملی که در انتقال از مادر به کودک دخالت دارند دو دسته می‌باشند (۲،۳):

الف- عوامل مربوط به مادر:

- ۱- بیماری پیشرفته HIV یا مرحله ایدز، ۲- تعداد کم شمارش CD4، ۳- بار ویروسی بالا، ۴- عفونت اولیه HIV (مرحله Acute Retroviral)، ۵- همراهی با سایر بیماری‌های آمیزشی، ۶- زایمان واژینال، ۷- سن بالای مادر، ۸- مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل

ب- عوامل مربوط به جنین و نوزاد:

- ۱- کوریو آمیونیوت، ۲- نارس بودن، ۳- وزن کم هنگام تولد، ۴- پارگی زودرس کیسه آب (بیش از ۴ ساعت)، ۵- تغذیه با شیرمادر
- راهکارهای پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک معطوف به بخشی از عوامل بالاست که قابل مداخله و تغییر هستند.

راهکارهای کشوری پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک

۱- مشاوره قبل از حاملگی

مشاوره درمورد وجود رفتارهای پرخطر مرتبط با انتقال HIV و در صورت لزوم ارجاع به مراکز مشاوره جهت انجام آزمایشات مربوطه برای تشخیص HIV با رعایت اصول رازداری می‌تواند در شناسایی زنان آلوده قبل از بارداری کمک کننده باشد. انتخاب روش‌های مناسب و مؤثر پیشگیری از بارداری برای کاهش احتمال بارداری ناخواسته یکی از اجزای اساسی مراقبت زنان آلوده به HIV در سنین باروری است. مشاوره قبل از حاملگی به‌منظور حذف الکل، مواد مخدر و سیگار در زنانی که قصد حاملگی دارند در سلامت مادر و جنین اهمیت دارد (۳).

امروزه بیماری ایدز یکی از چالش‌های بزرگ بهداشتی درمانی در دنیا می‌باشد. تاکنون حدود ۷۰ میلیون نفر به ویروس ایدز (HIV) آلوده شده و ۴۰ میلیون نفر با این بیماری جان باخته‌اند. در سال ۲۰۰۹ میلادی ۳۳ میلیون نفر با ویروس HIV زندگی می‌کرده‌اند و ۲/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۰۹ به این ویروس آلوده شده‌اند. روزانه حدود ۷۰۰۰ نفر در دنیا به HIV آلوده می‌شوند که ۱۰۰۰ نفر آنان کودکان زیر ۱۵ سال هستند و در ۹۰ درصد این کودکان آلودگی از طریق مادر به نوزاد منتقل می‌شود. در میان افراد آلوده ۶۰۰۰ نفر افراد بالای ۱۵ سال هستند که ۵۱ درصد موارد را زنان تشکیل می‌دهند (۱). در سال ۲۰۰۹ حدود ۱/۴ میلیون زن باردار آلوده به HIV در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته زندگی می‌کرده‌اند که ۹۱ درصد زنان باردار آلوده به HIV در جهان را شامل می‌شدند. متأسفانه تعداد خیلی کمی از آنها از وضعیت آلودگی خود اطلاع داشته و فقط ۲۴ درصد زنان باردار در این مناطق آزمایشات مربوط به HIV را دریافت کرده‌اند (۲). بدون اقدامات پیشگیرانه احتمال انتقال از مادر آلوده به نوزاد حدود ۴۵-۱۵ درصد است که ۵ تا ۱۰ درصد در دوران بارداری، ۱۰ تا ۲۰ درصد در حین زایمان و ۵ تا ۲۰ درصد در دوران شیردهی با شیرمادر رخ می‌دهد و حدود ۵۰ درصد این شیرخواران قبل از ۲ سالگی به علت پیشرفت بیماری فوت می‌نمایند (۲). زنان فقط ۸ درصد از افراد مبتلا به HIV در کشور ما را تشکیل می‌دهند، ولی اکثر آنها جوان و در سنین باروری هستند که در صورت بارداری و عدم دریافت اقدامات پیشگیرانه می‌توانند کودکان خود را آلوده نمایند (۳).

اکثر کشورهای پیشرفته دنیا با توجه به شرایط موجود در کشور خود دستورالعمل ویژه‌ای برای پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک تدوین کرده‌اند و در همین راستا کمیته کشوری مراقبت و درمان بیماران مبتلا به HIV/AIDS در ایران نیز دستورالعمل "پیشگیری از انتقال HIV از مادر به

۲- مشاوره و آزمایش HIV در دوره بارداری

اگرچه غربالگری HIV در کتب مرجع زنان جزء آزمایشات روتین دوران بارداری لحاظ گردیده ولی با توجه به شرایط موجود در کشور و شیوع پائین HIV در زنان روش زیر توصیه می‌گردد:

■ مشاوره عمومی و آزمایش رایگان HIV در اوایل بارداری (اولین ویزیت) برای تمامی خانم‌های بارداری که رفتار پرخطر دارند یا در معرض خطر هستند (زنان مصرف کننده مواد تزریقی یا شرکای جنسی مصرف کنندگان مواد تزریقی، زنانی که در ازای دریافت پول یا مواد تن فروشی دارند، زنانی که چند شریک جنسی دارند، زنانی که همسر افراد آلوده به HIV هستند، زنانی که طی بارداری عفونت آمیزشی جدید در آنها تشخیص داده شده یا سابقه عفونت‌های آمیزشی مکرر دارند. زنانی که علائم و نشانه‌های عفونت حاد HIV را دارند). این مشاوره و آزمایش در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری وابسته به دانشگاه انجام می‌گردد (۳).

■ تکرار آزمایش HIV در سه ماهه سوم ترجیحاً زیر هفته ۳۶ بارداری در زنان با رفتار پرخطر یا در معرض خطر که آزمایش اوایل بارداری در آنها منفی بوده است. در زنانی که از انجام آزمایش در اوایل بارداری خودداری نموده‌اند باید دوباره در سه ماهه سوم پیشنهاد انجام آزمایش مطرح شود

■ انجام آزمایش به روش سریع آنتی‌بادی (Rapid test) برای غربالگری زنانی که در زمان زایمان وضعیت HIV آنان نامعلوم بوده و سابقه رفتار پرخطر داشته‌اند یا در معرض خطر قرار دارند توصیه می‌شود. چنین کاری این امکان را فراهم می‌آورد تا پروفیلاکسی ضد رتروویروسی ضمن زایمان خطر انتقال به نوزاد را کم نماید. در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش به روش سریع باید تایید و سترن بلات برای تصمیم‌گیری‌های بعدی اخذ شود (۳).

■ در زنانی که پیش از شروع دردهای زایمان یا حین زایمان از نظر HIV آزمایش نشده‌اند باید بلافاصله بعد از زایمان مشاوره انجام و در صورتی که رفتارهای پرخطر داشته‌اند یا در معرض خطر بوده‌اند آزمایش با روش سریع انجام شود. این امر امکان شروع پروفیلاکسی ضد رتروویروسی برای نوزاد را بلافاصله بعد از تولد میسر می‌سازد (۳).

۳- درمان ضد رتروویروسی در مادران بارداری که آلوده به HIV هستند

الف- زنان باردار مبتلا که هرگز داروهای ضد رتروویروسی دریافت نکرده‌اند: برای زنانی که طبق دستورالعمل کشوری، خود در مرحله‌ای هستند که نیاز به درمان دارند شروع درمان باید طبق دستورالعمل درمان بیماران در اسرع وقت (حتی در سه ماهه اول بارداری) شروع شود (۳). در زنانی که خود نیازمند شروع فوری درمان نیستند، بعد از هفته ۱۴ بارداری درمان ضد رتروویروسی صرف نظر از تعداد CD4 باید شروع شود یا در صورت امکان قبل از هفته ۲۸ بارداری آغاز شود. رژیم درمانی توصیه شده در دوران بارداری به صورت زیر است (۳، ۴):

CD4 < ۲۵۰ Cell/mm:

زیدوودین (ZDV) ۳۰۰ میلی گرم دوبار در روز + لامیوودین (3TC) ۱۵۰ میلی گرم دوبار در روز + نئویراپین (NVP) ۲۰۰ میلی گرم روزانه برای دوهفته سپس ۲۰۰ میلی گرم دوبار در روز

CD4 > ۲۵۰ Cell/mm:

زیدوودین (ZDV) ۳۰۰ میلی گرم دوبار در روز + لامیوودین (3TC) ۱۵۰ میلی گرم دوبار در روز + آتازاناویر (ATV) ۴۰۰ میلی گرم روزانه یا ایندیناویر (IDV) ۸۰۰ میلی گرم سه بار در روز یا آباکاویر (ABC) ۳۰۰ میلی گرم دو بار در روز

۴- روش زایمان

احتمالاً در زنانی که بار ویروسی کمتر از 1000copies/ml باشد، زایمان طبیعی چندان بر خطر انتقال به نوزاد نمی‌افزاید. ولی با توجه به امکانات موجود در کشور توصیه می‌شود کلیه زنان باردار مبتلا به HIV به صورت انتخابی سزارین گردند. با این وجود مشخص نیست که بعد از پاره شدن کیسه آب یا شروع دردهای زایمانی، سزارین تأثیری در پیشگیری از انتقال HIV در حوالی تولد داشته باشد (۲،۳).

زنانی که در دوره بارداری تحت درمان ضدترتروویروسی قرار دارند باید این رژیم را در حین زایمان ادامه داده و علاوه بر آن زیدوودین را به صورت ۳۰۰ میلی‌گرم در شروع لیبر و سپس هر ۳ ساعت تا پایان زایمان ادامه دهند یا فرم تزریقی آن را به صورت 2mg/kg طی یک ساعت و سپس 1mg/kg/h تا پایان زایمان ادامه دهند.

۵- پیگیری و درمان بعد از زایمان در مادران

تصمیم‌گیری برای ادامه یا قطع درمان ضدترتروویروسی بعد از زایمان به وجود یا عدم وجود شرایط لازم درمان ضدترتروویروسی مبتلایان بستگی دارد. لذا لازم است قبل از ترخیص از بیمارستان این افراد تحت مشاوره تخصصی و تعیین وضعیت بیماری قرار گیرند و در زمینه ادامه درمان آنها تصمیم‌گیری شود (۲،۳).

۶- پایش اولیه نوزاد

شمارش کامل خونی (CBC) و شمارش افتراقی در نوزاد صورت گرفته و درمان پروفیلاکسی شروع می‌گردد. دریافت پروفیلاکسی با زیدوودین به مدت ۶ هفته برای همه نوزادان مواجهه یافته ضروری است (۳) و باید در کمترین فاصله زمانی از تولد و ترجیحاً طی ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از زایمان شروع شود. چنانچه مادر در زمان بارداری

ب- زنان باردار مبتلا که در حال حاضر تحت درمان ضدترتروویروسی قرار دارند: رژیم درمانی قبلی ادامه می‌یابد با این حال باید از مصرف افویرنز (EFV) در سه ماهه اول بارداری خودداری نمود در این صورت می‌توان در صورت CD4 کمتر از ۲۵۰ از نوپراپین (NVP) و در صورت CD4 بالای ۲۵۰ از آتازاناویر (ATV) استفاده نمود. در صورتی که رژیم بیمار دارای نلفیناویر (NFV) باشد باید رژیم درمانی بیمار با رژیم مناسب دیگری جایگزین گردد (۳،۴).
ج- زنان بارداری که در زمان زایمان مراجعه کرده‌اند و فاکتور خطر HIV دارند ولی سابقه آزمایش HIV ندارند: در زنانی که وضعیت HIV آنها مشخص نیست و در معرض خطر ابتلا قرار دارند، انجام آزمایش سریع آنتی‌بادی در زمان زایمان الزامی است. در صورت مثبت بودن آزمایش درمان ضدترتروویروسی زیر برای وی آغاز می‌گردد و نباید منتظر تأیید جواب با روش وسترن بلات بود (۲،۳):

زیدوودین (ZDV) ۳۰۰ میلی‌گرم در شروع لیبر و سپس هر ۳ ساعت تا پایان زایمان یا اگر فرم تزریقی آن موجود باشد (2mg/kg) طی یک ساعت و سپس 1mg/kg/h به صورت انفوزیون تا پایان زایمان) + لامیوودین (3TC) ۱۵۰ میلی‌گرم در شروع لیبر و سپس هر ۱۲ ساعت تا پایان زایمان + نوپراپین (NVP) ۲۰۰ میلی‌گرم تک دوز در شروع لیبر (۳)

پایش طی بارداری باید به صورت دوره ای صورت گیرد و در اولین ویزیت و حداقل هر سه ماه یکبار CD4 بیمار چک شود. سونوگرافی در سه ماهه اول برای تعیین سن جنین و برنامه ریزی زمان احتمالی سزارین توصیه می‌شود. آنزیم‌های کبدی و الکترولیت‌ها ماهانه و در سه ماهه سوم بارداری اندازه‌گیری گردند. زنان باردار تحت درمان ضدترتروویروسی باید طی هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری تحت غربال‌گری گلوکز با آزمایش استاندارد ۵۰ گرم گلوکز در یک ساعت قرار گیرند (۳).

در حین درمان پروفیلاکسی نوزاد باید مواظب اختلالات هماتولوژیک ناشی از زیدوودین بود و نوزاد را ارزیابی نمود (۳).

۷- تغذیه نوزاد

کلیه نوزادان متولد شده از مادران آلوده باید با شیر مصنوعی تغذیه شده و از تغذیه با شیر مادر به شدت پرهیز گردد. در نوزادانی که از مادر در زمان بارداری و زایمان آلودگی را دریافت نکرده باشند تغذیه با شیر مادر می تواند موجب انتقال بیماری گردد. در حال حاضر طبق دستورالعمل کشوری برای این شیرخواران شیرمصنوعی به صورت رایگان و از طریق مراکز بهداشت و مرکز مشاوره درخواست و تأمین می گردد (۲،۳).

درمان پروفیلاکسی دریافت کرده باشد، زیدوودین به تنهایی کافی است و به صورت زیر توصیه می شود:

در نوزادان رسیده شربت زیدوودین ۲ mg/kg چهاربار در روز برای ۶ هفته و در نوزادان زودرس ۱/۵mg/kg/IV یا ۲mg/kg خوراکی چهاربار در روز (۳)

چنانچه مادر در زمان بارداری درمان پروفیلاکسی دریافت نکرده باشد، علاوه بر داروی فوق باید داروهای زیر به رژیم اضافه شود:

نویراپین ۲mg/kg خوراکی تک دوز در اولین فرصت و قبل از ۷۲ ساعت از زمان تولد+ لامیوودین ۲mg/kg دوبار در روز برای مدت یک هفته خوراکی (۳)

References

1. Editing group. Asia Epidemiologic update of HIV/AIDS; Geneva, Switzerland; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO); 2008; 1-36.
2. Eramova I, Matic S, Munz M. HIV/AIDS Treatment and Care, Clinical protocols for the WHO European Region. Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark, WHO Regional Office for Europe, 2007; P369-86.
3. Beheshti Sh, Eshagi M.A, Farhoodi B, Gooya M.M, Kamali K, Tayeri K, et al. HIV Prevention from Mother to Child: Transmission protocols for the Islamic Republic of Iran; Ministry of Health, Center for Diseases Control, 2008; 1-15 [Persian].
4. Beheshti Sh, Eshagi M.A, Farhoodi B, Gooya M.M, Kamali K, Tayeri K, et al. Anti retroviral therapy for adults protocols for the Islamic Republic of Iran. Ministry of Health, Center for Diseases Control, 2008; 20-70 [Persian].

Prevention of Mother to Child HIV Transmission

Shafiei M., M.D.

General Practitioner, Vice Chancellor for Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
e-mail: dr.shfiec129@yahoo.com

Abstract

In Iran 8% of HIV- infected cases are women. Since most of them are young and in childbearing ages, in case of becoming pregnant and not receiving preventive measures, they can infect their child. Without Preventive measures transmission rate is 15 to 45 percent. Several factors such as sever stage of HIV and AIDS ,CD4 low count, high viral loud, acute retroviral phase, STDs, vaginal delivery, maternal age, maternal substance and alcohol abuse, chorioamnionitis, neonate low birth weight or prematurity, PROM and breast feeding increase the rate of mother to child transmission. This paper aims to present national strategies for Prevention of Mother to child Transmission (PMTCT) including consultation before pregnancy, counseling and testing during pregnancy, Anti Retro Viral (ARV) prophylaxis for HIV positive pregnant women, safe delivery, post partum evaluation and intervention, infant evaluation and monitoring and infant feeding by formula.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2012; 19(1): 104-111

سؤالات آموزش مداوم

۱- احتمال انتقال ویروس HIV از مادر باردار آلوده به کودک بدون مداخله چه میزان است؟

- الف- کمتر از ۵٪
ب- بین ۱۰ تا ۱۵٪
ج- بین ۱۵-۴۵٪
د- بیش از ۶۰٪

۲- در افزایش خطر انتقال HIV از مادر آلوده به کودک همه موارد زیر نقش دارند به جز؟

- الف- میزان بار ویروسی در خون مادر
ب- زایمان واژینال
ج- مصرف سیگار
د- چندزایی

۳- تعریف PMTCT کدام مورد را شامل می‌شود؟

- الف- انتقال از مادر به کودک در دوران جنینی
ب- انتقال HIV از مادر به کودک حوالی زایمان
ج- انتقال HIV از مادر به کودک طی شیردهی
د- همه موارد

۴- براساس دستورالعمل کشوری برای کدام گروه مشاوره و آزمایش HIV توصیه نمی‌شود؟

- الف- زنان بارداری که سابقه دریافت خون دارند
ب- زنان بارداری که همسر مصرف کننده تزریقی مواد هستند
ج- زنانی که سابقه تن فروشی دارند
د- زنان بارداری که به تازگی عفونت آمیزشی جدیدی داشته و سابقه عفونت‌های آمیزشی مکرر دارند

۵- در مورد پیشنهاد انجام آزمایش HIV برای زنان باردار با رفتار پرخطر یا در معرض خطر کدام گزینه صحیح است؟

- الف- در زمان اولین مراجعه
ب- پایان سه ماهه اول بارداری
ج- در سه ماهه سوم بارداری برای افرادی که آزمایش اول منفی گزارش شده
د- الف و ج صحیح است

۶- انجام آزمایش HIV به روش تست سریع آنتی بادی برای کدام گروه توصیه می‌شود؟

- الف- زنانی که در زمان مراجعه جهت زایمان وضعیت HIV آنان نامعلوم است و سابقه رفتار پرخطر داشته‌اند یا در معرض خطر بوده‌اند
ب- زنان بارداری که برای ویزیت دوران بارداری در ابتدای سه ماهه سوم مراجعه نموده‌اند
ج- زنانی که قبل یا حین زایمان امکان انجام آزمایش وجود نداشته یا انجام نشده و رفتارهای پرخطر داشته‌اند یا در معرض خطر بوده‌اند
د- الف و ج صحیح است

۷- بهترین زمان شروع پروفیلاکسی دارویی با داروهای ضد تروروویروسی جهت مادر بارداری که خود نیازمند درمان HIV نیست، کدام است؟

- الف- بعد از هفتۀ ۸ بارداری
ب- بعد از هفتۀ ۱۴ بارداری
ج- بلافاصله بعد از تشخیص آلودگی مادر
د- بعد از هفتۀ ۲۸ بارداری

۸- درمان پروفیلاکسی ضد تروروویروسی در مادر باردار تا چه زمانی ادامه دارد؟

- الف- تا ۴ هفته بعد از زایمان
ب- تا ۶ هفته بعد از زایمان
ج- با توجه به ارزیابی وضعیت مادر و تعیین مرحله بیماری تصمیم‌گیری می‌شود
د- بلافاصله بعد از زایمان می‌توان داروها را قطع نمود

۹- درمان پروفیلاکسی نوزاد متولد شده از مادر آلوده تا چه زمانی الزامی است؟

- الف- ۶ ماه بعد از تولد
ب- ۶ هفته بعد از تولد
ج- در صورت منفی بودن PCR می‌توان بعد از ۲ هفته دارو را قطع کرد
د- هیچکدام

۱۰- کدام یک از داروهای ضد تروروویروسی زیر در سه ماهه اول بارداری منع مصرف دارد؟

- الف- زیدوودین
ب- لامیوودین
ج- افاویرنز
د- آباکاویر

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی:

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را به طور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظرخواهی اصل هر سه فرم تکمیل شده به انضمام اصل فیش پرداخت شده به مبلغ ۱۰۰۰۰ ریال (به حساب بانک ملت به شماره ۲۸۳۹۳۹۰۵۵۱ به نام درآمدهای آموزش مداوم) را از ۱۳۹۰/۸/۱ تا ۱۳۹۱/۸/۱۰ به آدرس کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، نرسیده به دانشکده فنی، دفتر آموزش مداوم پزشکی، تلفن: ۲۱۱۴۷۶۹، ۲۱۱۴۵۴۰-۲۱۱۴۴۱-۰۳۴۱ ارسال نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سؤالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

عنوان مقاله: پیشگیری از انتقال ویروس ایدز از مادر به کودک
نام نشریه: مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
نام خانوادگی: نام پدر: نام: نام: شماره شناسنامه: صادره از:
تاریخ تولد: جنس: مرد زن
محل فعالیت: استان: شهرستان: بخش: روستا:
نوع فعالیت: هیأت علمی آزاد رسمی پیمانی قراردادی طرح سایر
مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:
رشته تحصیلی مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکتر: تخصص: فوق تخصص:
آدرس دقیق پستی: کد پستی: شماره تلفن: تاریخ تکمیل و ارسال فرم:
امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر متقاضی:

امضاء و مهر مسؤول ثبت نام

سؤال	پاسخ	الف	ب	ج	د
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه مربوطه اعلام نمایید.	کاملاً موافقم	تأخیری موافقم	تأخیری مخالفم	کاملاً مخالفم	نظری ندارم
۱- محتوای مقاله بر اساس منابع جدید علمی ارائه شده است.	<input type="checkbox"/>				
۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه‌ای من تناسب داشته است.	<input type="checkbox"/>				
۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.	<input type="checkbox"/>				
۴- در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است.	<input type="checkbox"/>				
سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارائه مقالات خودآموزی ذکر نمایید.					
همکار گرامی لطفاً با ارائه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خودآموزی، برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم را یاری فرمایید.					