



## Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant Rapport mensuel de collecte des données PTME

Région/préfecture/Commune : .....

Structure de santé : .....

Mois d'activités : .....

N°	Activités	Nombre
1	Nombre de première CPN	
2	Nombre de Femmes Enceintes conseillées (conseils pré test)	
3	Nombre de Femmes Enceintes testées	
4	Nombre de Femmes Enceintes testées positives	
5	Nombre de résultats rendus (post test)	
6	Conjoints testés négatifs	
7	Conjoints testés positifs	
8	Nombre de résultats rendus aux conjoints	
9	Nombre de Femmes Enceintes VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	
10	Nombre de Femmes Enceintes VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV après accouchement	
11	Nombre de Femmes Enceintes VIH+ ayant reçu le cotrimoxazole	
12	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ dans la structure	
13	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ à domicile	
14	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ ayant reçu la NVP ou AZT	
15	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ sous allaitement maternel	
16	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ sous allaitement artificiel	
17	Nombre d'enfants nés sous Cotrimoxazole	
18	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ suivis	
19	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ décédés avant 18 mois	
20	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ perdus de vue	
21	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ testés à la PCR	
22	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ testés négatifs à 18 mois	
23	Nombre d'enfants nés de mère VIH+ testés positifs à 18 mois	
24	Nombre de femmes VIH+ référés*	
25	Nombre d'enfants de mère VIH+ référés*	
26	Nombre de préservatifs (macs/fem) distribués	
27	Nombre de Femmes Enceintes testées positives ayant bénéficié d'un support psychosocial	

\* Préciser les motifs de la référence : .....

Nom et Prénoms..... N° Tel.....

Date.../...../...../ 20..... Signature et cachet .....

Présence d'agent formé OUI /...../ Non /...../

Rupture des intrants Oui/...../ Non/...../ si oui nombre de jours de rupture .....