

එච්.අයි.වී / ලිංගාශ්‍රිත රෝග පරීක්ෂා කිරීම සඳහා සායනයට ගෙන ඒම / යොමු කිරීම - පළමු කොටස

(සහවර නායකයා විසින් පිරවිය යුතුය)

UIC (විශේෂිත
හඳුනාගැනීමේ
කේතය)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

යොමුකරන ලද්දේ :	
සහවර නායකයාගේ නම	
යොමු කල දිනය	
වා්‍යාපෘතියේ නම	
සහවර නායකයාගේ දුරකථන අංකය	
යොමුකල සායනය :	
ලිංගාශ්‍රිත රෝග සායනය	
ලිපිනය සහ දුරකථන අංකය	
විවුර්ත කාලසීමාව	
සහවර නායකයාගේ අත්සන	

Clinic Escort / Referral for HIV/STI testing-Part 2

UIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(verified by STD
clinic staff with
NIC)

PH Number / STD file number: _____

Service provided and result	Date	Doctor's name	Doctor's signature
HIV screening test Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
HIV screening test result Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/>			
Client received the result Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Confirmed HIV-positive test result Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
STI screening test result: 1 – Syphilis Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 2 – Gonorrhoea Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 3 – chlamydia Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 4 – hepatitis B Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 5 – hepatitis C Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>			
STI treatment / referral: 1 – Syphilis <input type="checkbox"/> 2 – Gonorrhoea <input type="checkbox"/> 3 – chlamydia <input type="checkbox"/> 4 – hepatitis B referral <input type="checkbox"/> 5 – hepatitis C referral <input type="checkbox"/>			