

Phụ lục 4.2. Biểu mẫu báo cáo hàng tháng dùng cho:

- Trung tâm Y tế quận /huyện báo cáo cấp tỉnh /thành phố;
- Trung tâm Phòng, chống HIV /AIDS tỉnh /thành phố báo cáo Cục Phòng, chống HIV /AIDS

Đơn vị chủ quản

Đơn vị báo cáo

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT
NAM**

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

..... , ngày tháng năm

BÁO CÁO

Hoạt động chăm sóc người nhiễm HIV /AIDS tại nhà và cộng đồng

Giai đoạn báo cáo: từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

ST T	Chỉ số	Số lượng	Ghi chú
1	Tổng số xã/phường có nhóm CSTN		
2	Tổng số người nhiễm HIV được nhận dịch vụ CSTN ■ Người lớn ■ Trẻ em		
3	Số trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV /AIDS được nhận dịch vụ CSTN (<i>chỉ số này chỉ dùng cho cấp huyện báo cáo cấp tỉnh</i>)		

Người lập báo cáo
(ký tên)

Thủ trưởng đơn vị
(ký tên + đóng dấu)