

FORM 9: ADULT PATIENT CHECKLIST

(Form filled in by Admin Clerk/Data Capturer and Clinician)

South African ID Number:

Clinician:

Checklist Date:

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

--	--	--	--

--	--

--

--	--

d	d
---	---

/

m	m
---	---

/

y	y	y	y
---	---	---	---

ACTION	DONE	DATE	COMMENTS													
Patient Registered	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
CD4 Count Taken	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> /mm ³					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
WHO Staging	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table> WHO Stage					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Bactrim Prescribed	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Status Disclosed	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Treatment Supporter	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Positive Living	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Drug Readiness	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Drug Adherence	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Baseline Bloods	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Nutritional Assessment	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	Supplements: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Patient Knowledge	1. Drug Names: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No 2. Drug Doses: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No															
TB Excluded	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
If No, TB treated for more than 2 months:	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
PAP Smear (women)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Hepatitis B Vaccine	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
Drug Ready	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													
ARV Start Date		<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>m</td><td>m</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	y	y	Regimen Number: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
d	d															
m	m															
y	y	y	y													