



IMCI 2m-5 y

Dr. Zahra Pourmoghaddas
**Isfahan University of
medical Sciences**



کودک تب دار

آیا کودک تب دارد؟

(از طریق تاربخچه، احساس داغی یا درجه حرارت بالای ۳۷ درجه زیر بغل)

اگر بله سؤال کنید

- برای چه مدتی؟

- آیا بیشتر از ۷ روز هر روز تب کرده است؟

معاینه کنید

- درجه حرارت بدن

- سفتی گردن

- نشانه های موضعی *

- بثورات پوستی

سؤال کنید آیا کودک تب دارد؟

اگر بله:

- برای چه مدتی؟
- در صورت تب بیشتر از ۷ روز، هر روز تب داشته است؟
- آیا در منطقه مالاریا خیز زندگی می کند؟

معاینه کنید:

- درجه حرارت بیمار را اندازه گیری کنید.
- سفتی گردن
- علائم و نشانه های موضعی^۲
- پتشی، پورپورا
- فونتانل برآمده

✓ نشانه های موضعی : درد استخوان و مفاصل - گرمی و قرمزی پوست و وجود انواع راش

✓ تب برای چه مدت ؟

✓ کمتر از هفت روز

✓ بیشتر از هفت روز



علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر یا هر یک از علائم زیر: • سفتی گردن • پتشی، پورپورا • فونتانل برآمده	بیماری تب دار خیلی شدید	اقدامات پیش از انتقال را انجام دهید: • از پایین افتادن قند خون پیشگیری کنید. • کودک را گرم نگه دارید. • اقدامات پیش از انتقال را انجام داده و پس از تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی کودک را انتقال دهید. • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، یک نوبت استامینوفن بدهید. • در مناطق با خطر بالای مالاریا به دستور عمل مالاریا مراجعه کنید.



ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر

سؤال کنید:

- آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟
- آیا کودک در جریان این بیماری تشنج کرده است؟
- آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟

نگاه کنید :

- خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری

- داشتن علائم و نشانه‌های موضعی یا
- بثورات پوستی

بیماری
تب دار
با علائم
موضعی

- در صورت تب مساوی یا بالاتر از $38/5$ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید.
- در صورت داشتن علائم موضعی، طبق (جدول ۷) بیشتر ارزیابی کنید.
- در صورت داشتن بثورات پوستی، طبق (جدول ۸) بیشتر ارزیابی کنید.
- توصیه‌های تغذیه‌ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی انجام شود.
- به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد.
- ۲ روز بعد پیگیری کنید.

جدول ۷ - تشخیص های افتراقی تب با علائم موضعی (بدون بثورات پوستی)

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
مننژیت	به جدول ۱ صفحه ۱۶ مراجعه شود.	
اوتیت مدیا	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۸ مراجعه شود.	به صفحه ۲۳ مراجعه شود.
ماستوئیدیت	• تورم دردناک استخوان ماستوئید همراه با یا بدون جابجایی لاله گوش • تب مساوی یا بالاتر از ۵ / ۳۸ درجه سانتیگراد (زیر بغلی)	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
استئومیلیت	• حساسیت موضعی اندام یا مفصل • امتناع از حرکت دادن اندام درگیر • عدم تحمل وزن بر روی اندام درگیر	ارجاع دهید.
آرتریت سپتیک	• مفصل گرم، حساس و متورم، درد در هنگام حرکت مفصل	ارجاع دهید.
عفونت پوست و بافت نرم	• سلولیت و پیومیوزیت (عفونت چرکی عضلات) • قرمزی، گرمی و تورم، درد هنگام لمس یا تاول پوستی	ارجاع دهید.
لنفادنیت	• بزرگی همراه با قرمزی، گرمی و حساسیت غده لنفاوی یا بدون تموج	ارجاع دهید.
پنومونی	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۸ مراجعه شود.	به صفحه ۸ و ۲۳ مراجعه کنید.
عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۱۱ مراجعه شود.	توصیه های صفحه ۲۳ در خصوص درمان های بی ضرر خانگی در سرفه و سرماخوردگی انجام شود.
آبسه حلق	• تریسموس • انحراف اپی گلوت • بزرگی غیر قرینه لوزه ها • مشکل بلع و قورت دادن بزاق • حساسیت غدد لنفاوی گردن	ارجاع دهید.
سینوزیت	به جدول شماره ۵ صفحه ۱۸ مراجعه شود.	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
عفونت دستگاه ادراری	• حساسیت سوپراپوبیک یا زاویه دنده ای - مهره ای • درد یا گریه هنگام دفع ادرار • تکرر ادرار • بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلا کنترل ادرار داشته است) • در آزمایش ادرار، پیوری (گلبول سفید بیش از ۵ عدد در بزرگنمایی بالا) یا نیتريت مثبت یا لکوسیت استراز مثبت مشاهده شود.	درمان طبق صفحه ۲۵ انجام شود.

CNS INF

The onset of acute meningitis has **two predominant patterns**.

Most often, meningitis is preceded by **several days of fever accompanied by upper respiratory tract or gastrointestinal symptoms**, followed by **nonspecific signs of CNS infection, such as increasing lethargy and irritability**.

The more dramatic presentation is less common and presents with sudden and progressive shock, purpura, disseminated intravascular coagulation, and reduced levels of consciousness often resulting in progression to coma or death within 24 hr.

<i>RISK FACTOR</i>	<i>POINTS</i>
Duration of main problem in patient history	1.0 per day (maximum 10)
History of vomiting	2.0
Physical examination findings:	
Cyanosis	6.5
Disturbed consciousness	8.0
Meningeal irritation*	7.5
Petechiae	4.0
Serum C-reactive protein level, mg per dL (mg per L)	
< 5.0 (50)	0
5.0 to 9.9 (50 to 99)	0.5
10.0 to 14.9 (100 to 149)	1.0
15.0 to 19.9 (150 to 199)	1.5
≥ 20.0 (200)	2.0
Total:	_____

CNS INF

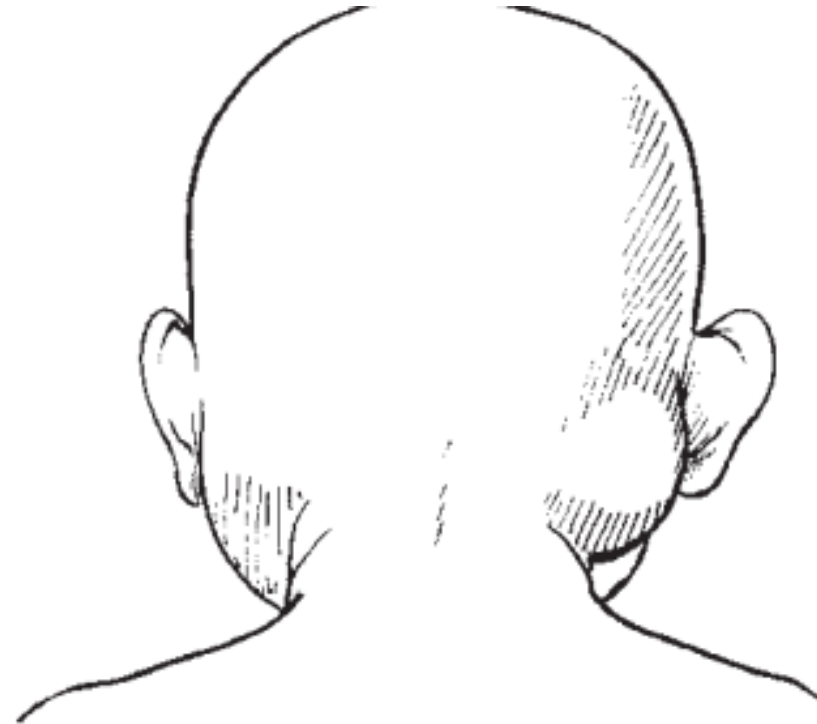
- No single clinical feature emerges as sufficiently distinctive to make a robust diagnosis, but a **history of fever and seizures with the presence of meningeal signs and altered consciousness are common features of meningitis.**

- Look for a **history of**:
 - ■ convulsions
 - ■ vomiting
 - ■ inability to drink or breastfeed
 - a headache or pain in back of neck
 - ■ irritability
 - ■ a recent head injury

- **On examination**, look for:
 - ■ altered level of consciousness
 - ■ neck stiffness
 - ■ repeated convulsions
 - ■ bulging fontanelle in infants
 - ■ non-blanching petaechial rash or purpura
 - ■ lethargy
 - ■ irritability
 - ■ evidence of head trauma suggesting possible recent skull fracture
 - ■ decreased consciousness level
 - ■ unequal pupils

Mastoiditis

- Mastoiditis is a bacterial infection of the mastoid bone behind the ear. Without treatment it can lead to meningitis and brain abscess.
- Diagnosis Key diagnostic features are:
 - ■ **high fever**
 - ■ **tender swelling behind the ear**



Mastoiditis: a tender swelling behind the ear which pushes the ear forward

Septic arthritis or osteomyelitis

- In **acute cases** of bone or joint infection, the child looks **ill**, is febrile and usually refuses to move the affected limb or joint or bear weight on the affected leg.
- In acute osteomyelitis, there is **usually swelling over the bone and tenderness**.
- Septic arthritis typically presents as a hot, swollen, tender joint or joints with reduced range of movement.

Acute sinusitis

- An acute upper respiratory infection that persists (nasal discharge or daytime cough for **more than 10 days** with no improvement)
- **That gets worse** (worsening or new nasal discharge, daytime cough, or fever **after improving at first**),
- Severe (concomitant fever of at least **[39°C]** and **purulent nasal discharge for at least three consecutive days**).

سینوزیت

- انتخاب اول: آموکسی سیلین ($80-90 \text{ mg/kg/day}$) منقسم در دو یا سه نوبت که تا ۷ روز پس از برطرف شدن نشانه ها (معمولاً ۱۰ تا ۱۴ روز) ادامه می یابد.
- در صورت عدم پاسخ به این درمان؛ کوآموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$) آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$ با نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱) دو بار در روز به مدت ۱۴ روز
- در صورت گرفتگی مجرای بینی، استفاده از قطره یا افشانه کلرور سدیم توصیه می شود.

UTI

انجام آزمایش آنالیز ادرار و کشت در موارد زیر انجام شود:

تب مساوی یا بیشتر از 39 درجه

تب بیشتر از یک روز در پسرها

تب مساوی یا بیشتر از 2 روز در دخترها

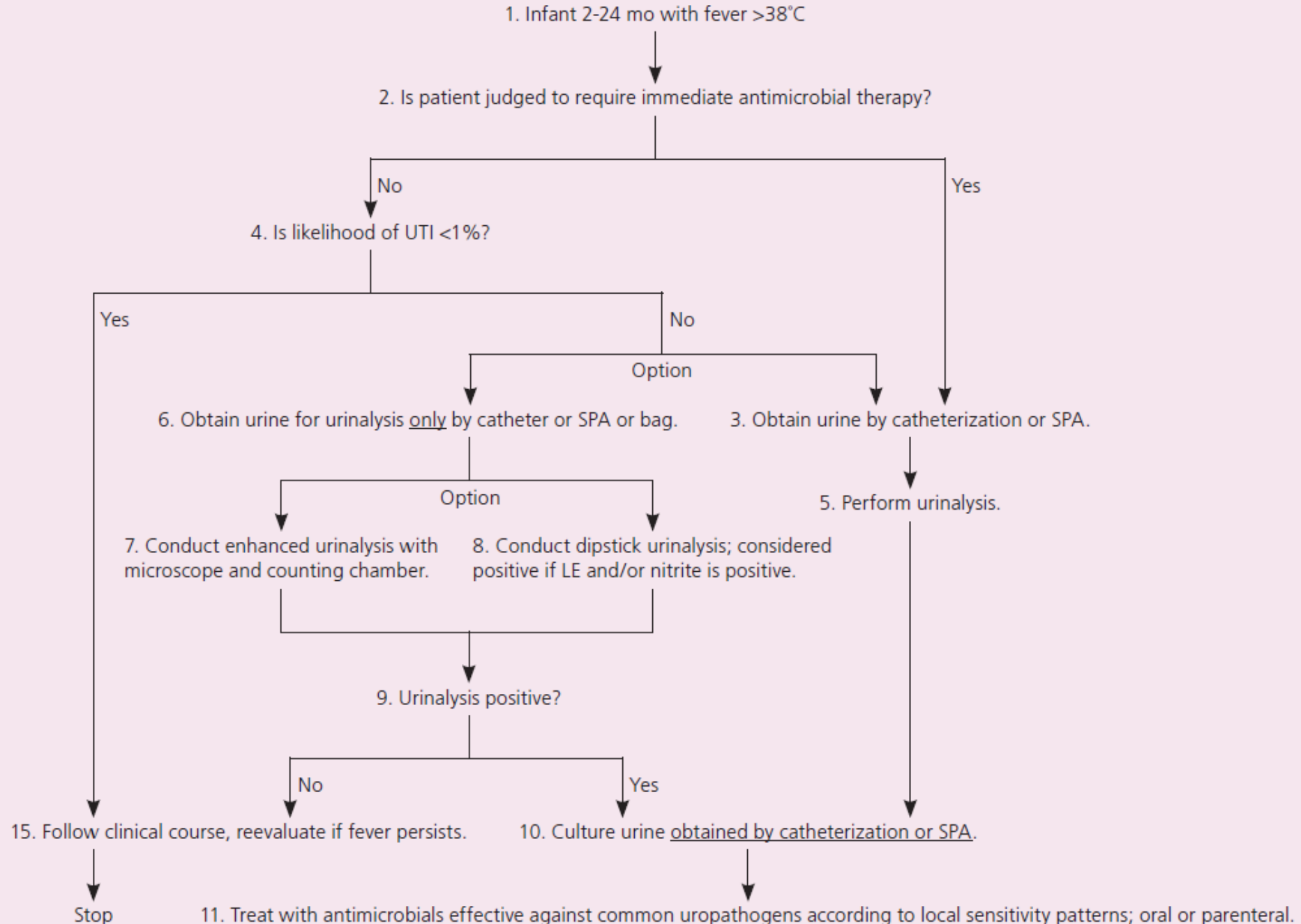
تب در دختر زیر 1 سال

تب در پسر ختنه نشده

UTI

- Both an abnormal urinalysis result and a positive urine culture result are needed to confirm inflammation
- A positive culture result is defined as at least 50,000 colony-forming units per mL, rather than the previous criterion of at least 100,000 colony-forming units per mL

Diagnosis and Management of UTI in Febrile Infants and Young Children



UTI

- **When bacterial culture is not possible, the diagnosis is based on clinical signs and microscopy for bacteria and white cells on a good-quality sample of urine**

UTI

- In young children, urinary tract infection often presents as nonspecific signs.
- Consider a diagnosis of urinary tract infection in all infants and children with:
 - ■ fever of $\geq 38^{\circ}\text{C}$ for at least 24 h without obvious cause
 - ■ vomiting or poor feeding
 - ■ irritability, lethargy, failure to thrive, abdominal pain, jaundice (neonates)
 - ■ specific symptoms such as increased frequency, pain on passing urine,
 - abdominal (loin) pain or increased frequency of passing urine, especially
 - in older children

UTI

- Examine a clean, fresh, un-centrifuged specimen of urine under a microscope.
- Cases of urinary tract infection usually have more than five white cells per high-power field, or a dipstick shows a positive result for leukocytes.
- If microscopy shows no bacteriuria and no pyuria or the dipstick tests are negative, rule out urinary tract infection.
- ■ If possible, obtain a 'clean' urine sample for culture.

Diagnostic	Interpretation		
Nitrites	• Poor sensitivity: Conversion of nitrates to nitrites by bacteria takes approximately 4 hours and not all bacteria reduce nitrate levels combined with frequency of infants voiding. • Helpful when positive. Few false positives and high specificity.		
Leukocyte Esterase	• Positive leukocyte esterase is suggestive of a UTI. However, children may have WBC present in their urine in conditions other than a UTI (e.g. Kawasaki Disease)		
White Blood Cells (WBC) - Pyuria	Positive if: • ≥ 5 WBC per HBF via standard method Pyuria is absent in approximately 10% of children with a UTI		
Bacteriuria	Presence of bacteriuria alone in the absence of other findings does not define a UTI.		
Culture			
Method	Definite*	Indeterminant†	Contaminant
Suprapubic	Any growth		Growth of non-pathogens, Mixed culture
Catheter	$\geq 50,000$ CFU/ML	$\geq 10,000$ CFU/ML	Growth of non-pathogens, Mixed culture, $< 10,000$ CFU/ml
* If also with presence of pyuria or bacteriuria † Consider obtaining repeat specimen Mixed Culture = uropathogen + non-pathogen or two uropathogens Bag UA specimens should never be sent for urine culture. Only catheter or suprapubic methods are appropriate for culture collection in this age.			

جدول ۸- تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
سرخک	• راش تبییک سرخک • سرفه، آبریزش بینی، قرمزی چشم • دانه های سفید رنگ با هاله قرمز در اطراف آن بویژه در سطح داخلی لبها (نقاط کوپلیک) • کدورت قرنیه • تماس اخیر با فرد مبتلا به سرخک • عدم واکسیناسیون سرخک	• درمان علامتی کنید. • به مادر بگویید چه موقع فوراً برگردد. • طبق دستورالعمل کشوری گزارش داده شود.
عفونت های ویروسی	• علائم سیستمیک خفیف • راش های غیراختصاصی گذرا	درمان علامتی کنید
عفونت منتنگوکوکی	• راش های پتشی یا پورپورا (با فشار محو نمی شوند) • سیر سریعاً پیش رونده • کبودی (Bruising) • شوک • سفتی گردن (در صورت وجود مننژیت)	• اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید. • اقدامات پیشگیری از سرایت این عفونت را انجام دهید.
آبله مرغان	• مشاهده ضایعات ماکول، پاپول، وزیکول و پاسچول و پرجسته (crusted) به صورت همزمان بر روی ضایعات پوست • ناحیه سرو تنه بیش از اندام ها توسط ضایعات درگیر هستند. • در مخاط دهان و گاه ملتحمه هم ضایعه مشاهده می شود. • خارش • سابقه تماس با فرد مبتلا به آبله مرغان	در صورت وجود نقص ایمنی یا بدخیمی در کودک یا اعضای خانواده ارجاع شود. • حمام روزانه (بدون استفاده از لیف توصیه شود). • لوسیون های ضد التهابی مانند کالامین سه بار در روز در محل ضایعات پوست توصیه شود. • شربت هیدروکسی زین (۱۰ میلی گرم در هر ۵ میلی لیتر) به میزان ۵/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت در صورت خارش در کودکان با سن بیش از دو سال توصیه شود.
تب عودکننده (بورلیوزیس)	• راش پتشی، خونریزی های پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا	ارجاع دهید.
مخملک	• راش اریتماتو منتشر با افزایش آن در چین های پوستی پوست زبر و سمباده ای • قرمزی حلق اکثراً همراه با آگزودا، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی • خطوط پاستیا (Lines Pastia)	• یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (۳-۶) عضلانی تزریق کنید. • برای تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵°C استامینوفن بدهید.
کاوازاکی	تب ۵ روز و طولانی تر به همراه ۴ مورد از موارد زیر: • راش پلی مورف شبیه سرخک، مخملک • پر خونی دو طرفه بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) • لنفاد نوپاتی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه و غیر چرکی) • تغییرات در اندام های محیطی (ادم، ارتیم، پوسته ریزی)	ارجاع دهید.
واکنش های دارویی (serum sickness)	سابقه مصرف اخیر دارو، همراهی علایم سیستمیک و یا درگیری مفصلی	ارجاع دهید.
بیماری های کلاژن واسکولار	همراهی علایم و سیستمیک، درگیری مفصلی، گرفتاری کلیه	ارجاع دهید.

در صورت وجود نقص ایمنی یا بدخیمی در کودک یا اعضای خانواده ارجاع شود. • حمام روزانه (بدون استفاده از لیف توصیه شود). • لوسیون های ضد التهابی مانند کالامین سه بار در روز در محل ضایعات پوست توصیه شود. • شربت هیدروکسی زین (۱۰ میلی گرم در هر ۵ میلی لیتر) به میزان ۵/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت در صورت خارش در کودکان با سن بیش از دو سال توصیه شود.	• مشاهده ضایعات ماکول، پاپول، وزیکول و پاسچول و برجسته (crusted) به صورت همزمان بر روی ضایعات پوست • ناحیه سروتنه بیش از اندام ها توسط ضایعات درگیر هستند. • در مخاط دهان و گاه ملتحمه هم ضایعه مشاهده می شود. • خارش • سابقه تماس با فرد مبتلا به آبله مرغان	آبله مرغان
ارجاع دهید.	• راش پتشی، خونریزی های پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا	تب عودکننده (بورلیوزیس)
• یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید. • برای تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵°C استامینوفن بدهید.	• راش اریتماتو منتشر با افزایش آن در چین های پوستی • پوست زبر و سمباده ای • قرمزی حلق اکثرا همراه با انگزودا، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی • خطوط پاستیا (Lines Pastia)	مخملک
ارجاع دهید.	تب ۵ روز و طولانی تر به همراه ۴ مورد از موارد زیر: • راش پلی مورف شبیه سرخک، مخملک • پر خونی دو طرفه بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) • لنفاد نوپاتی حاد گردنی (معمولا یک طرفه و غیر چرکی)	کاوازاکی

Measles

Diagnose measles if the child has:

- ■ **fever** (sometimes with a febrile convulsion) and
- ■ **A generalized maculopapular rash and**
- **one** of the following:
- **cough, runny nose or red eyes.**

Severe complicated measles

Diagnosis

- Any one of the following symptoms and signs indicates the presence of severe complicated measles:
 - ■ inability to drink or breastfeed
 - ■ vomits everything
 - ■ convulsions
- On examination, look for signs of complications, such as:
 - ■ lethargy or unconsciousness
 - ■ corneal clouding
 - ■ deep or extensive mouth ulcers
 - ■ pneumonia
 - ■ dehydration from diarrhoea
 - ■ stridor due to measles croup
 - ■ severe malnutrition

Non-severe measles

Diagnosis

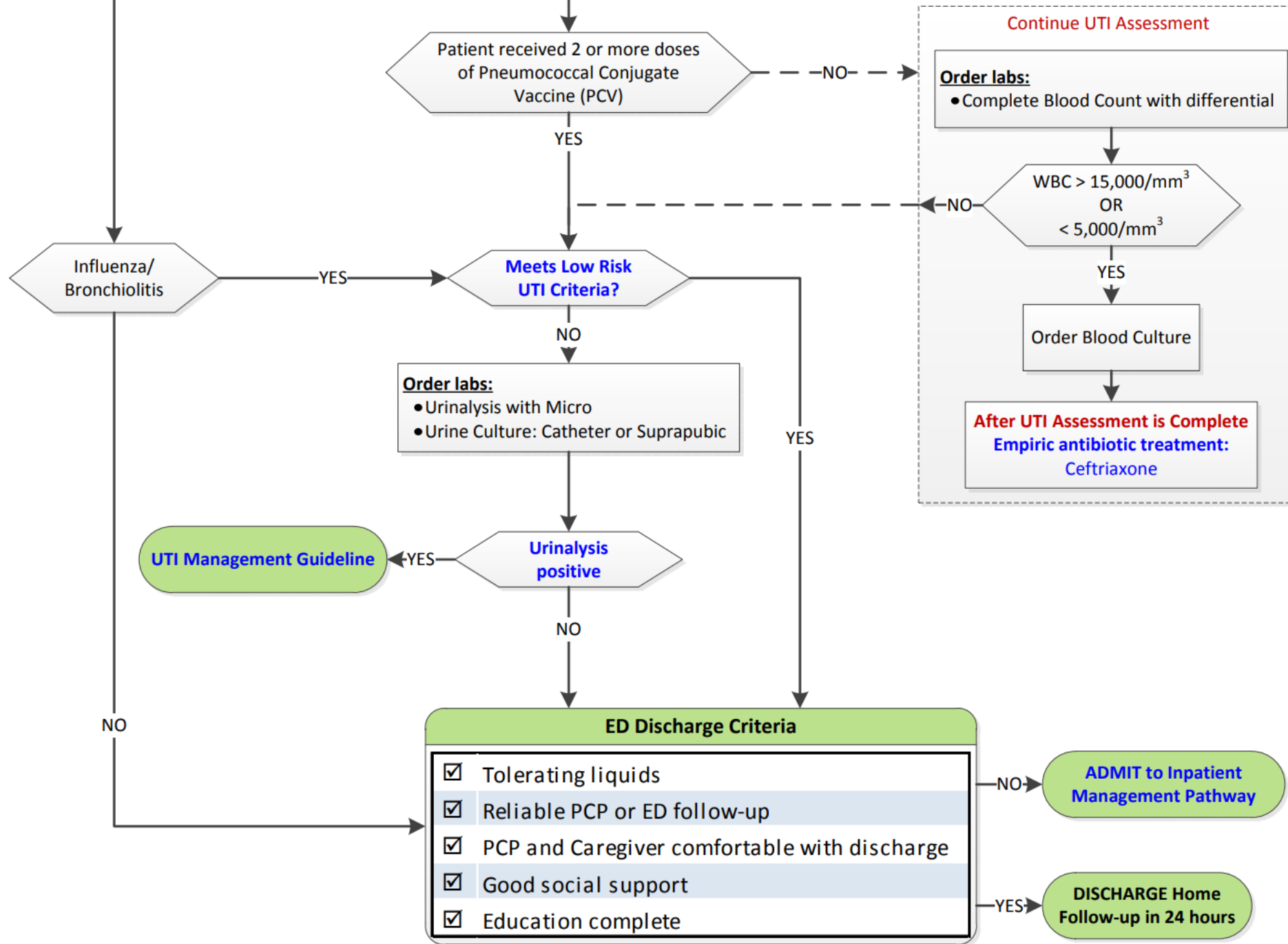
- ■ fever and
- ■ a generalized rash and
- ■ one of the following: cough, runny nose or red eyes, but
- ■ none of the features of severe measles

• در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. • در صورت وجود ریسک فاکتور عفونت ادراری^۳ آزمایش کامل و کشت ادرار درخواست براساس جواب، درمان کنید. • توصیه های تغذیه ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۲ روز بعد پیگیری کنید.	بیماری تبدار بدون علائم موضعی	• هیچ یک از علائم و نشانه های فوق را ندارد.
--	--	---

باکترمی نهان

- سن بین ۲ ماه تا ۳۶ ماه است.
- با کنترل تب کودک مشغول بازی می شود و بی قرار یا بی حال نیست.
- کم آب نیست.
- وضعیت خواب و بیداری طبیعی است.
- سیانوز یا رنگ پریده نیست.

- شیرخوار ۲ ماهه فوری ارجاع شود.
- برای بیماران ۳ تا ۳۶ ماه با درجه حرارت کمتر از ۳۸/۵ درجه سانتی گراد زیر بغل مانند «عفونت ویروسی غیر ویژه» اقدام گردد.
- برای بیماران ۳ ماه تا ۳۶ ماه با درجه حرارت ۳۸/۵ درجه سانتی گراد زیر بغل و بیشتر، عوامل خطر عفونت ادراری ارزیابی شود و در صورت لزوم آزمایش ادرار ارسال شود.
- در صورتی که عوامل خطر عفونت ادراری را ندارد و یا آزمایش ادرار طبیعی است، در صورت ادامه تب بیش از ۳ روز کشت خون ارسال گردد و آنتی بیوتیک وسیع طیف مانند کوآموکسی کلاو (طبق دوز درمان سینوزیت در صفحه ۲۳) شروع شود.
- بیمار روزانه از نظر بروز علائم خطر فوری پیگیری شود.
- بعد از ۴۸ ساعت در صورت منفی بودن جواب کشت خون آنتی بیوتیک قطع گردد. در صورت کشت خون مثبت ارجاع گردد.



کودک تب بالا دارد (مساوی یا بالاتر از 38.5°C زیر بغلی)

- استامینوفن $10-15\text{mg/kg/dose}$ هر ۴ تا ۶ ساعت
- ایبوپروفن $10-5\text{mg/kg/dose}$ هر ۶ تا ۸ ساعت (تجویز ایبوپروفن در سن کمتر از ۶ ماه ممنوع است)
- درمان های فوق تا قطع تب، ادامه یابد.
- جهت توصیه های تغذیه ای در کودک تب دار به مراجعه نمایید.
- سایر داروها نظیر دیکلوفناک، دگزامتازون و... در درمان تب به هیچ وجه توصیه نمی شود.
- برای سایر بیماری های تب دار یا گوش درد نیز مطابق با مطلب فوق اقدام کنید.

عفونت ادراری (UTI)

توجه: در بیمار مشکوک به عفونت ادراری قبل از شروع آنتی بیوتیک برای عفونت ادراری نمونه کشت ادرار به آزمایشگاه ارسال شود.

اگر کودک تب دارد (۳۷/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی یا بالاتر)

- جنتامایسین تزریقی عضلانی (5mg/kg) یک بار در روز که براساس حساسیت آنتی بیوتیکی در کشت ادرار به آنتی بیوتیک خوراکی مناسب تغییر یابد.

- نسل سوم سفالوسپورین ها به صورت خوراکی سفیکسیم 10mg/kg/day در ۱ یا ۲ دوز منقسم

در موارد زیر جهت درمان به بیمارستان ارجاع گردد:

- دهیدراتاسیون، استفراغ، عدم توانایی در آشامیدن، ادامه تب در صورت مصرف آنتی بیوتیک مناسب، سابقه اختلالات آناتومیک ادراری و یا هیدرو نفروز مادرزادی و علایم دال بر سپتسمی

اگر کودک تب ندارد (مشروط به این که تب بر استفاده نکرده و یا اقدامی برای کاهش تب انجام نداده است)

- سفیکسیم 10mg/kg/day در ۱ یا ۲ دوز منقسم

- یا نیترو فورانتوئین خوراکی 5mg/kg/day در ۴ دوز منقسم در صورتی که مبتلا به کمبود آنزیم G6PD نباشد.

توصیه می شود به کودکان مبتلا به عفونت ادراری به طور منظم و مکرر مایعات و شیر مادر داده شود تا به بهبودی عفونت و پیشگیری از دهیدراتاسیون کمک شود.

- مدت درمان معمول در موارد تب دار ۷-۱۴ روز و در موارد بدون تب ۳-۵ روز می باشد.

- پیگیری پاسخ به درمان بعد از ۴۸ ساعت از شروع آنتی بیوتیک بایستی انجام گیرد.

- کلیه کودکان دارای عفونت ادراری تب دار، در اولین فرصت برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع شوند.

تب/در صورت تداوم تب، بعد از ۲ روز

- کودک را از نظر تب ارزیابی و طبقه بندی کنید.
- اگر هنوز تب دارد و در طبقه بندی دیگری قرار می گیرد، درمان را مطابق با دستورات همان طبقه بندی انجام دهید. اگر تب به تنهایی باقی مانده و در طبقه بندی دیگری قرار نمی گیرد ارزیابی بیشتر کنید و در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بیمار را برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.

ED Discharge Criteria

- ☒ Tolerating liquids
- ☒ Reliable PCP or ED follow-up
- ☒ PCP and Caregiver comfortable with discharge
- ☒ Good social support
- ☒ Education complete

NO

**ADMIT to Inpatient
Management Pathway**

YES

**DISCHARGE Home
Follow-up in 24 hours**

تب
بیشتر
از ۷ روز

• تب بیشتر از هفت روز

تب طول
کشیده

- در صورت تب طولانی، مداوم یا متناوب و بیشتر از ۷ روز جهت بررسی بیشتر طبق (جدول ۹) بیشتر ارزیابی کنید. (اطلاعات بیشتر در راهنما)
- توصیه های تغذیه ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی انجام شود.
- ۲ روز بعد پیگیری کنید.

جدول ۹- تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
آبسه	- تب بدون محل مشخص عفونت (آبسه عمقی) - توده های حساس یا متموج - حساسیت موضعی یا درد - علائم خاص مربوط به محل درگیر (ساب فرنیک، پسوآس، رتروپریتونئال ریه، کلیه و غیره)	ارجاع دهید.
عفونت سالمونلا	کودک با بیماری سلول داسی شکل (اوستئومیلیت یا آرتریت شیرخوار)	ارجاع دهید.
اندوکاردیت عفونی	- کاهش وزن - کم خونی - پتشی - کلایینگ انگشتان - بزرگی طحال - سوفل قلبی - خونریزی های خطی در بستر ناخن - سابقه بیماری قلبی یا تعویض دریچه	ارجاع دهید.
تب روماتیسمی	- سوفل قلبی جدید یا تغییر سوفل قلبی قدیمی - نارسایی قلبی - پریکارد Friction rub • کره - عفونت اخیر شناخته شده استرپتوکوکی - آرتریت (مونوآرتریت یا پلی آرتریت مهاجر) - آرترالژی جنرالیزه	ارجاع دهید.
بدخیمی ها، بیماری های التهابی و روماتولوژیک	- بزرگی غدد لنفاوی، کبد یا طحال - وجود توده در لمس یا در روش های تصویر برداری - آزمایش شمارش خون محیطی غیرطبیعی (لکوپنی، کم خونی یا ترمبوسیتوپنی) - درد یا ورم در یک مفصل و به خصوص دو یا چند مفصل - راش پوستی	ارجاع دهید.
سل	- سابقه تماس با فرد مسلول - بی اشتها، عرق شبانه - بزرگی کبد یا طحال - کاهش وزن - علائم سیستمیک - سرفه	طبق دستورالعمل کشوری اقدام کنید.
تب مالت (بروسلوز) (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	- تب مداوم یا مزمع عود کننده - درد عضلانی اسکلتی - درد قسمت تحتانی کمر یا درد مفصل هیپ - کم خونی - سابقه مصرف شیر نجوشیده و لبنیات غیرپاستوریزه - بی حالی - بزرگی طحال یا کبد	به دستورالعمل کشوری مراجعه شود.
کالآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	- سایتوپنی - اسپلنومگالی شدید - ضعف، لاغری - هیپاتومگالی	ارجاع دهید.
ایدز	علائم عفونت HIV	طبق دستورالعمل کشوری اقدام کنید.

ارجاع دهید.	• سوفل قلبی جدید یا تغییر سوفل قلبی قدیمی • نارسایی قلبی • نبض تند نامتناسب با درجه حرارت • پریکارد Friction rub • کره • عفونت اخیر شناخته شده استرپتوکوکی • آرتریت (مونوآرتریت یا پلی آرتریت مهاجر) • آرترالژی جنرالیزه	تب روماتیسمی
ارجاع دهید.	• بزرگی غدد لنفاوی، کبد یا طحال • وجود توده در لمس یا در روش های تصویر برداری • آزمایش شمارش خون محیطی غیرطبیعی (لکوپنی، کم خونی یا ترمبوسیتوپنی) • درد یا ورم در یک مفصل و به خصوص دو یا چند مفصل • راش پوستی	بدخیمی ها، بیماری های التهابی و روماتولوژیک
طبق دستورالعمل کشوری اقدام کنید.	• سابقه تماس با فرد مسلول • بی اشتها، عرق شبانه • بزرگی کبد یا طحال • کاهش وزن • علائم سیستمیک • سرفه	سل
به دستورالعمل کشوری مراجعه شود.	• تب مداوم یا مزمن عود کننده • درد عضلانی اسکلتی • درد قسمت تحتانی کمر یا درد مفصل هیپ • کم خونی • سابقه مصرف شیر نجوشیده و لبنیات غیرپاستوریزه • بی حالی • بزرگی طحال یا کبد	تب مالت (بروسلوز) (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)
ارجاع دهید.	• سایتوپنی • اسپلنومگالی شدید • ضعف، لاغری • هیپاتومگالی	کالاآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)

Typhoid fever

- Consider typhoid fever if a child presents with fever and any of the following:
- Constipation, vomiting, abdominal pain, headache, cough, transient rash, particularly if the fever has persisted for ≥ 7 days and malaria has been excluded.

Typhoid fever (Diagnosis)

- No stiff neck or other specific sign of meningitis, or negative lumbar puncture
- ■ Signs of systemic upset, e.g. inability to drink or breastfeed, convulsions, lethargy, disorientation or confusion, or vomiting everything
- ■ Pink spots on the abdominal wall may be seen in light-skinned children.
- ■ Hepatosplenomegaly, tender or distended abdomen

AOM

مشکل گوش را ارزیابی کنید.

اگر کودک مشکل گوش دارد سؤال کنید:

- آیا درد گوش وجود دارد؟
- اگر بله برای چه مدتی؟
- آیا از گوش ترشح خارج می شود؟
- اگر بله برای چه مدتی؟

معاینه و بررسی کنید:

- وجود تورم دردناک پشت گوش (ماستوئید)
- خروج چرک از مجرای گوش
- دمای بدن کودک را اندازه گیری کنید.
- در صورت امکان پرده گوش را با اتوسکوپ بررسی کنید.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
• تورم دردناک استخوان ماستوئید	ماستوئیدیت حاد	اقدامات پیش از انتقال را انجام دهید و کودک را انتقال دهید. • از پایین افتادن قند خون پیشگیری کنید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن بدهید.

• برای مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک مناسب تجویز کنید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن بدهید. • در صورت وجود ترشح، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.	عفونت حاد گوش میانی	در صورت وجود هر یک از علائم زیر • ترشح چرکی از گوش به مدت کمتر از ۱۴ روز • درد حاد گوش کمتر از ۴۸ ساعت (یا قرمزی و برآمدگی واضح پرده گوش در اتوسکپی)
---	---------------------	---

Otoscopic Images of Tympanic Membranes (TM):



Handle of the malleus

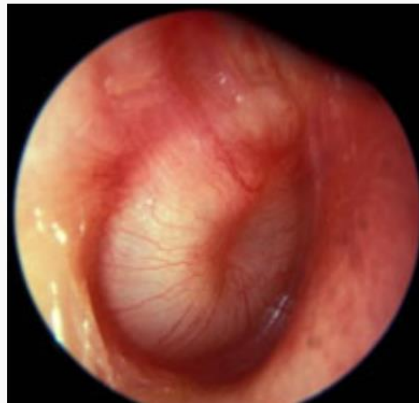
Normal Tympanic Membrane

- TM is translucent
- The handle of the malleus is vertical
- No erythema



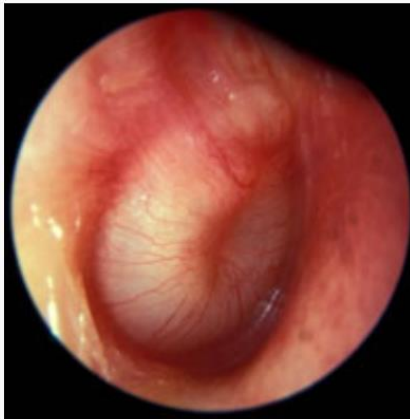
Injected Tympanic Membrane

- Pink/red TM
- Often seen with fever, eustachian tube obstruction or viral URTI
- TM is transparent (there is no middle ear effusion)
- The handle of the malleus is well seen and is more horizontal



Bulging and red tympanic membrane in AOM

- Loss of the TM landmarks, especially the handle of the malleus
- TM is opaque, may be red from inflammation or white from pus in the middle ear



Bulging and red tympanic membrane in AOM

- Loss of the TM landmarks, especially the handle of the malleus
- TM is opaque, may be red from inflammation or white from pus in the middle ear



Otitis Media with Effusion (OME) “glue ear”

- TM is retracted with prominence of the handle of the malleus, which is also drawn in/more horizontal
- TM may be bulging or have an air-fluid level behind the TM
- Yellow/amber appearance is consistent with fluid
- Light reflex on otoscopic examination



Perforated Tympanic Membrane with otorrhoea

Diagnostic Criteria for AOM (all 3 required)

Onset	Acute onset of signs and symptoms
Bulging Membrane	Best predictor of bacterial infection
Middle Ear Effusion	Reduced TM mobility with pneumatic otoscopy

AOM should be diagnosed in children with new onset otorrhea without otitis externa

OME diagnosis is based on a middle ear effusion w/o middle ear inflammation



Mild Bulging



Moderate Bulging



Severe Bulging

Definitions	
Observation	May observe 48-72 hours if > 6 months and not severe. Ensure follow-up and provide analgesia Antibiotic prescription provided at discharge with instructions to start if symptoms worsen/persist over the next 48-72 hours
Severe Disease	Moderate to severe otalgia or fever $\geq 39^{\circ}\text{C}$

Initial Acute Otitis Media (AOM)			
	< 6 months	6-24 months	> 2 years
Observation	Not indicated	Unilateral and illness is not severe	Illness not severe Strongly consider treatment for bilateral AOM
Severe Disease	10 days	10 days	7 days
Antibiotic Failure	No clinical improvement in 48-72 hours		

Antibiotic Therapy for Acute Otitis Media

Indications	Antibiotic	Dose
Initial therapy if no exposure to amoxicillin in the preceding 30 days	Amoxicillin	Infants $\leq$ 3 months: 30 mg/kg/day PO in 2 divided doses Infants $>$ 3 months, Children, and Adolescents: 80-90 mg/kg/day PO in 2 divided doses; maximum dose: 2000 mg/dose; 4000 mg/day
Initial therapy if patient received amoxicillin in the preceding 30 days <i>or</i> has concurrent conjunctivitis (suggests β -lactamase +)	Amoxicillin-clavulanate	Infants $<$ 3 months: 30 mg/kg/day of amoxicillin component PO in 2 divided doses Infants $\geq$ 3 months, Children, and Adolescents: 90 mg/kg/day of amoxicillin component PO in 2 divided doses; maximum dose: 2000 mg/dose; 4000 mg/day

عفونت حاد گوش (اوتیت مدیا)

• آموکسی سیلین $80-90 \text{ mg/kg/day}$ منقسم در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز

در صورت عدم پاسخ به درمان

• کو آموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$ با نسبت آموکسی، سیلین، به کلاولانات ۱۴ به ۱) در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز

عفونت گوش / عفونت حاد گوش، در صورت عدم بهبود علائم بعد از ۲ روز

- در صورت عدم بهبود علائم (تب، درد، بی قراری) پس از ۲ روز ارزیابی مجدد کودک برای مشکل گوش صورت گیرد.

درمان

- اگر تورم دردناک در پشت گوش با تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی) وجود دارد کودک را فوراً انتقال دهید.
- در صورت وجود ترشح چرکی، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. درمان را با آنتی بیوتیک مناسب ادامه دهید. در صورت عدم بهبودی پس از درمان دوم، ارجاع دهید.
- مادر را تشویق کنید که درمان را ادامه دهد و دو هفته پس از اتمام درمان، جهت معاینه مجدد مراجعه کند. چنانچه در معاینه مجدد، هرگونه یافته غیرطبیعی در پرده گوش رویت شد، ارجاع دهید.

• به مادر آموزش دهید مراقب عدم ورود آب به گوش کودک باشد. • در صورت وجود ترشح، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید. • درمان با قطره سیپروفلوکساسین برای ۱۴ روز • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند. • در صورت عدم پاسخ به درمان کودک را به مرکز تخصصی ارجاع دهید. • پس از بهبودی، جهت ویزیت مجدد دو هفته بعد از اتمام درمان مراجعه نماید.	عفونت مزمن گوش	• خروج چرک از گوش برای مدت ۱۴ روز یا بیشتر وجود دارد.
--	----------------	---

عفونت مزمن گوش

• قطره سیپروفلوکساسین سه بار در روز به مدت ۱۴ روز

در صورت خروج چرک، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید

- از پارچه کتان تمیز و جاذب رطوبت و یا گاز یا باند برای تهیه فتیله استفاده کنید. از دستمال یا کاغذ نازک که ممکن است بخشی از آن در داخل گوش باقی بماند، استفاده نکنید.
- فتیله تا وقتی که خیس شود، در داخل گوش کودک باقی بماند.
- یک فتیله خشک را جایگزین فتیله خیس کنید.
- کار فتیله گذاری را سه بار در روز و تا زمانی که دیگر ترشح چرکی وجود ندارد، ادامه دهید.
- این کار درمانی را تا هر چند روز که لازم است یعنی تا زمانی که چرکی از گوش خارج نمی شود و فتیله های قرار داده شده در گوش دیگر خیس نمی شوند، ادامه بدهید.
- بعد از فتیله گذاری، قطره سیپروفلوکساسین را سه بار در روز به مدت ۲ هفته در گوش بچکانید.
- در فواصل فتیله گذاری هیچ چیزی (نظیر روغن، مایعات یا سایر مواد) در گوش نریزید. اجازه شنا کردن به کودک ندهید. آب نباید وارد گوش شود.

عفونت گوش / عفونت حاد گوش، در صورت عدم بهبود علائم بعد از ۲ روز

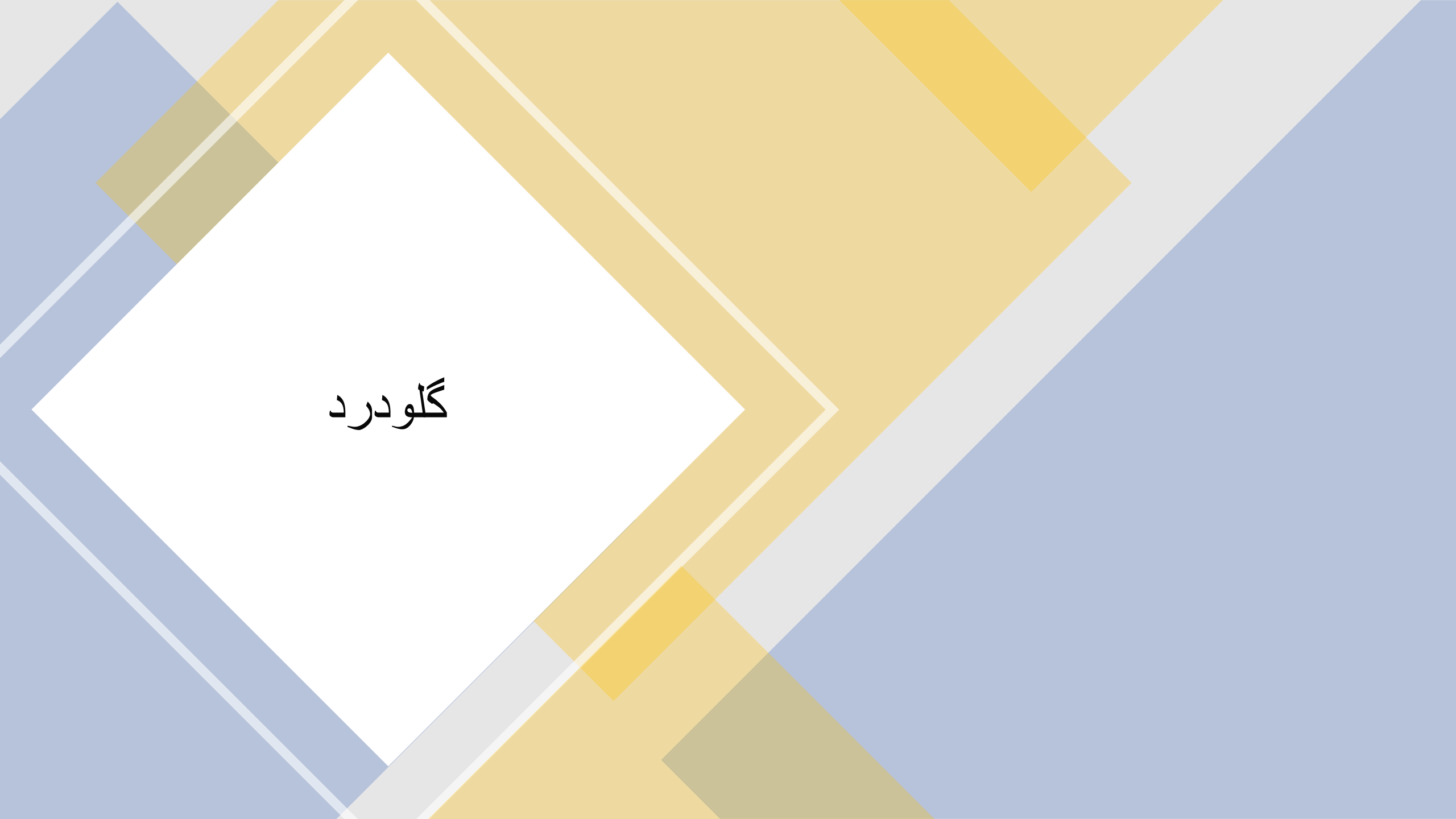
- در صورت عدم بهبود علائم (تب، درد، بی قراری) پس از ۲ روز ارزیابی مجدد کودک برای مشکل گوش صورت گیرد.

درمان

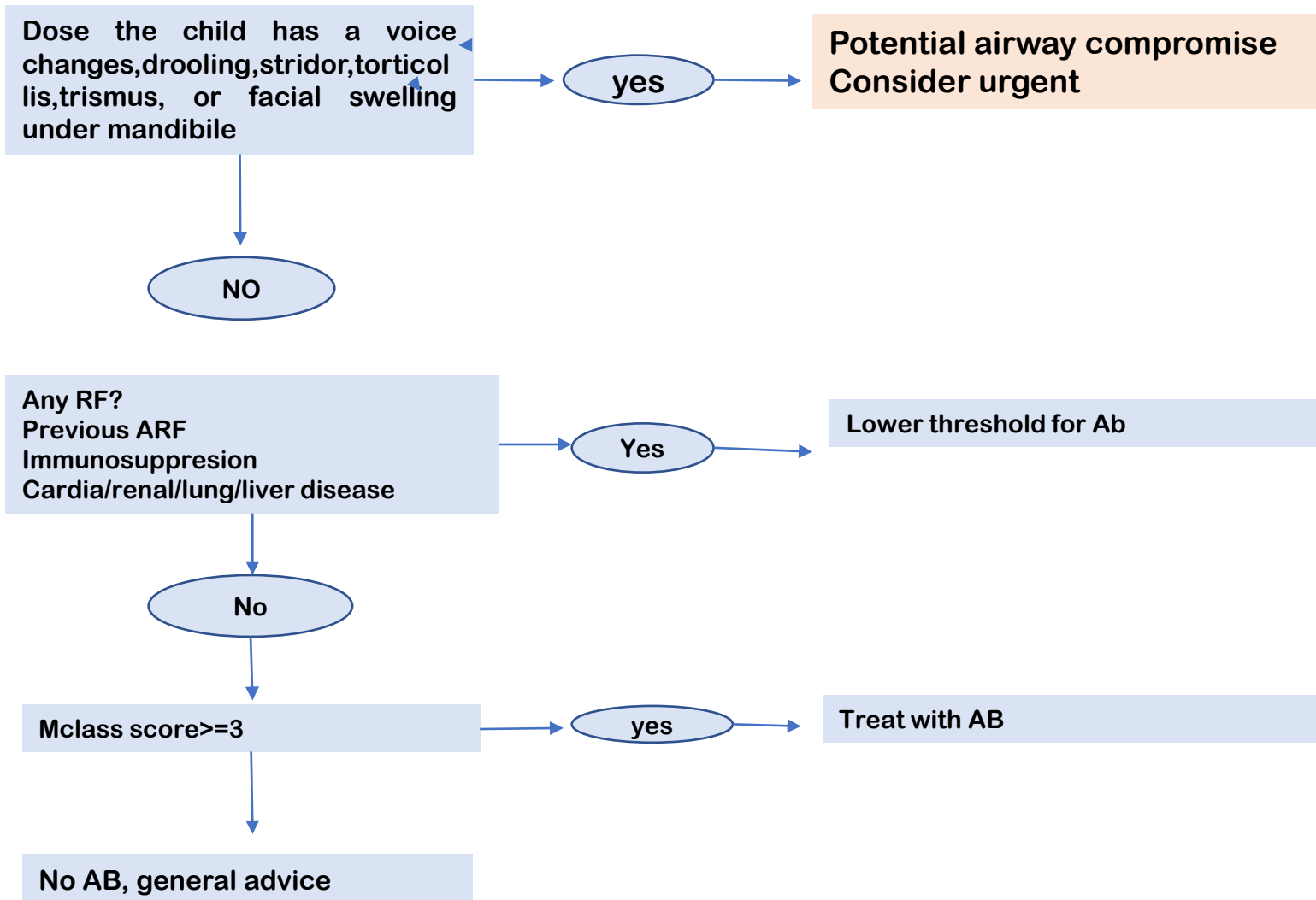
- اگر تورم دردناک در پشت گوش با تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی) وجود دارد کودک را فوراً انتقال دهید.
- در صورت وجود ترشح چرکی، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. درمان را با آنتی بیوتیک مناسب ادامه دهید. در صورت عدم بهبودی پس از درمان دوم، ارجاع دهید.
- مادر را تشویق کنید که درمان را ادامه دهد و دو هفته پس از اتمام درمان، جهت معاینه مجدد مراجعه کند. چنانچه در معاینه مجدد، هرگونه یافته غیرطبیعی در پرده گوش رویت شد، ارجاع دهید.

عفونت مزمن گوش، بعد از ۵ روز

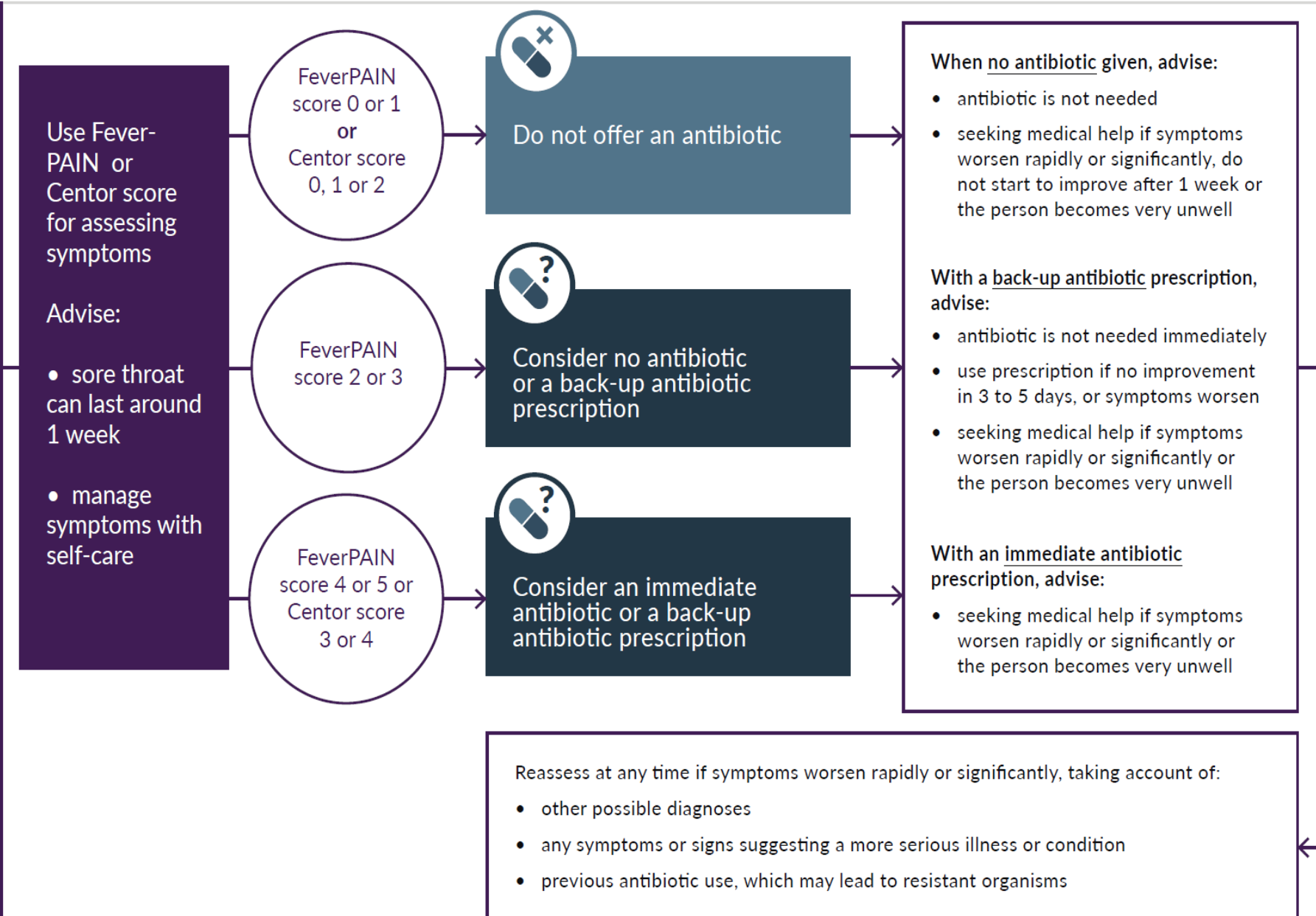
- طرز صحیح خشک کردن گوش را (به وسیله فتیله گذاری) توسط مادر، کنترل کرده و برای او توضیح دهید که مؤثرترین درمان عفونت مزمن گوش، خشک کردن آن می باشد و اگر گوش کودک را خشک نکند شنوایی او کم خواهد شد. بعد از ۱۴ روز درمان، اگر کودک بهبود پیدا نکرد ارجاع دهید.
- اگر ترشحات چرکی یا تب کمتر شده است، مادر را برای درمان خوب او تحسین کنید و چنانچه درمان با آنتی بیوتیک کامل نشده است به مادر توصیه کنید دوره ۱۴ روز درمان را کامل کند.



گلودرد



Sore throat (acute): antimicrobial prescribing



Self-care

- Consider paracetamol for pain or fever, or if preferred and suitable, ibuprofen
- Drink adequate fluids
- Some evidence that medicated lozenges can help reduce pain in adults
- No evidence was found for non-medicated lozenges, mouthwashes, or local anaesthetic mouth spray on its own



Evidence on antibiotics

- Antibiotics make little difference to how long symptoms last or the number of people whose symptoms improve
- Withholding antibiotics is unlikely to lead to complications
- Possible adverse effects include diarrhoea and nausea



FeverPAIN score

- Fever, Purulence, Attend within 3 days or less, Severely Inflamed tonsils, No cough or coryza
1 point for each

Mclsaac score (modified centor criteria)

- The Centor criteria are only validated for adult patients in primary care and are not validated for children under the age of 3 due to the different clinical presentation of GAS in the first years of life.
- The Mclsaac score (modified centor criteria) can be used in patients over 3 years old and takes into account the higher rate of streptococci in the 3–14-year age group.
- NICE recommends prescribing antibiotics if the patient scores 3 or more.



History of fever	add 1 point
Tonsillar exudate	add 1 point
Tender enlarged cervical lymph nodes	add 1 point
Absence of cough	add 1 point
Ages 3-14	add 1 point
Ages 15-44	add 0 points





Mclsaac score	Percentage risk of GAS ⁴
0	1-2.5%
1	5-10%
2	11-17%
3	28-35%
4-5	51-53%

Investigation

- Throat swabs
- NICE recommends that **throat swabs are not routinely taken**. This is due to turnaround time of 48 hours, poor sensitivity and they cannot differentiate between infection and carriage.
- A positive throat culture makes GAS more likely but a negative throat culture does not rule out diagnoses.
- Children have a high rate of asymptomatic carriage of GAS (40%).
- Carriers have low infectivity and are not at risk of developing complications.
- However our departmental policy is that if the child is being treated with an antibiotic for likely GAS then it is useful to swab their throats before treatment in case of failure to respond to antibiotics.
- If EBV is being considered then viral throat swabs should also be taken.

Rapid antigen testing - Not currently routinely available .

- A systematic review of RCTs⁹ reviewing rapid antigen detection test (RADT) for group A streptococcus in children with pharyngitis found that RADTs have high sensitivity and specificity for identifying GABHS infection. In studies that compared rapid antigen testing and throat culture, rapid antigen testing had a summary sensitivity of 85.6% and a summary specificity of 95.4% (based on very low-quality graded evidence).

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
در صورت وجود تب و کمتر از ۲ نشانه عفونت ویروسی ^۱ به همراه یکی از نشانه های زیر: • التهاب حلق (قرمزی منتشر لوزه ها) • آگزودای حلق • لنفادنوپاتی گردنی • بثورات سنباده ای، مخملک (جدول ۸ ص ۲۰)	گلو درد استرپتوکوکی دارد	• یک نوبت بنزائین پنی سیلین G عضلانی تزریق کنید: ۶۰۰۰۰۰ واحد (۶/۳/۳) در صورتی که کودک کمتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. ۱۲۰۰۰۰۰ واحد (۱/۲۰۰): در صورتی که کودک ۲۷ کیلوگرم یا بیشتر باشد. • در تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
دو یا بیشتر از نشانه های عفونت ویروسی زیر را داشته باشد: • آب ریزش بینی یا عطسه • قرمزی چشم • سرفه • خشونت صدا • آفت دهانی	گلو درد استرپتوکوکی ندارد	• اگر در طبقه بندی دیگری قرار دارد اقدامات آن طبقه بندی را انجام دهید در غیر این صورت هیچ درمانی لازم نیست. • از اقدامات بی ضرر خانگی یا اقدامات غیر دارویی استفاده کنید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.

گلودرد / در صورت عدم بهبودی علائم بعد از ۲ روز

- در صورتی که گلودرد و تب پس از ۲ روز بهتر نشده است یا تشدید شده است جهت بررسی بیشتر ارجاع دهید.



HIV

THEN CHECK FOR HIV INFECTION

Use this chart if the child is **NOT** enrolled in HIV care.

ASK

Has the mother or child had an HIV test?

IF YES:

Decide HIV status:

- Mother: POSITIVE or NEGATIVE
- Child:
 - Virological test POSITIVE or NEGATIVE
 - Serological test POSITIVE or NEGATIVE

If mother is HIV positive and child is negative or unknown, ASK:

- Was the child breastfeeding at the time or 6 weeks before the test?
- Is the child breastfeeding now?
- If breastfeeding ASK: Is the mother and child on ARV prophylaxis?

IF NO, THEN TEST:

- Mother and child status unknown: TEST mother.
- Mother HIV positive and child status unknown: TEST child.

**Classify
HIV
status**

• Positive virological test in child OR • Positive serological test in a child 18 months or older	Yellow: CONFIRMED HIV INFECTION	■ Initiate ART treatment and HIV care ■ Give cotrimoxazole prophylaxis* ■ Assess the child's feeding and provide appropriate counselling to the mother ■ Advise the mother on home care ■ Assess or refer for TB assessment and INH preventive therapy ■ Follow-up regularly as per national guidelines
• Mother HIV-positive AND negative virological test in a breastfeeding child or only stopped less than 6 weeks ago OR • Mother HIV-positive, child not yet tested OR • Positive serological test in a child less than 18 months old	Yellow: HIV EXPOSED	■ Give cotrimoxazole prophylaxis ■ Start or continue ARV prophylaxis as recommended ■ Do virological test to confirm HIV status** ■ Assess the child's feeding and provide appropriate counselling to the mother ■ Advise the mother on home care ■ Follow-up regularly as per national guidelines
• Negative HIV test in mother or child	Green: HIV INFECTION UNLIKELY	■ Treat, counsel and follow-up existing infections

* Give cotrimoxazole prophylaxis to all HIV infected and HIV-exposed children until confirmed negative after cessation of breastfeeding.

** If virological test is negative, repeat test 6 weeks after the breastfeeding has stopped; if serological test is positive, do a virological test as soon as possible.

INFECTION

Has the child been tested for HIV infection?

IF YES, ASK:

- What was the result?
- If the test was positive, is the child on ART?
- If the test was negative, was the child still breastfeeding at the time that the test was done, or had the child been breastfed in the six weeks before the test was done? Is the child still breastfeeding?

HIV testing in children:

- Some infants will have been tested at birth. If this was done, make sure that you obtain the infant's result.
- If the test was negative, re-test:
 - If the child is ill or has features of HIV infection
 - At 6 weeks of age
 - At 16 weeks - infants who received extended (12 weeks) nevirapine
 - 6 weeks after stopping breastfeeding
 - At 18 months of age

Below 18 months of age, use an HIV PCR test to determine the child's HIV status. Do not use an antibody test to determine HIV status in this age group. If HIV PCR positive, do a second HIV PCR test to confirm the child's status.

18 months and older, use a rapid (antibody) test to determine HIV status. If the rapid test is positive then it should be repeated (using a confirmatory test kit). If the confirmatory test is positive, this confirms HIV infection. If the second test is negative, refer for ELISA test and assessment.

Classify for HIV infection in the child

ASK:

- Has the mother had an HIV test? If YES, was it negative or positive?

FEATURES OF HIV INFECTION

ASK:

- Does the child have PNEUMONIA now?
- Is there PERSISTENT DIARRHOEA now or in the past three months?
- Has the child ever had ear discharge?
- Is there low weight?
- Has weight gain been unsatisfactory?

LOOK and FEEL:

- Any enlarged lymph glands in two or more of the following sites - neck, axilla or groin?
- Is there oral thrush?
- Is there parotid enlargement?

Classify for HIV infection

OR		
• Child on ART	HIV INFECTION	➤ Give cotrimoxazole prophylaxis from 6 weeks (p. 39) ➤ Assess feeding and counsel appropriately (p. 18 - 24) ➤ Ask about the caregiver's health and manage appropriately ➤ Provide long term follow-up (p. 59)
• Child is receiving 6 or 12 weeks of infant ARV prophylaxis	HIV EXPOSED: ON ARV PROPHYLAXIS	➤ Complete appropriate ARV prophylaxis (p. 13) ➤ Give cotrimoxazole prophylaxis from 6 weeks (p. 39) ➤ Assess feeding and counsel appropriately (p. 9, 17 - 24) ➤ Repeat PCR test according to testing schedule. Reclassify on the basis of the test result. ➤ Ask about the caregiver's health, and ensure that she is receiving the necessary care and treatment. ➤ Provide follow-up care (p. 51)
• Negative HIV test AND • Child still breastfeeding or stopped breastfeeding less than 6 weeks before test was done.	ONGOING HIV EXPOSURE	➤ Complete appropriate infant ARV prophylaxis (p. 13.) ➤ Give cotrimoxazole prophylaxis from 6 weeks (p. 39) ➤ Assess feeding and counsel appropriately (p. 18 - 20) ➤ Repeat HIV testing when indicated. Reclassify the child based on the test result. ➤ Provide follow-up care (p. 51)
• Negative HIV test. AND • Child no longer breastfeeding (stopped at least six weeks before test was done).	HIV NEGATIVE	➤ Stop cotrimoxazole ➤ Consider other causes if child has features of HIV infection (repeat HIV test if indicated).

• 3 or more features of HIV infection.	SUSPECTED SYMPTOMATIC HIV INFECTION	➤ Give cotrimoxazole prophylaxis (p. 39) ➤ Counsel and offer HIV testing for the child. Reclassify the child on the basis of the test result. ➤ Counsel the caregiver about her health, offer HCT and treatment as necessary. ➤ Assess feeding and counsel appropriately (p. 18-20) ➤ Provide long-term follow-up (p. 51)
• Mother HIV positive	HIV EXPOSED	➤ Give infant ARV prophylaxis as shown on p.13. ➤ Give cotrimoxazole prophylaxis (p. 39) - unless child is older than one year and clinically well ➤ Counsel and offer HIV testing for the child. Reclassify based on the test result. ➤ Counsel the caregiver about her health, and provide treatment as necessary. ➤ Assess feeding and counsel appropriately (p. 18 - 24) ➤ Provide long-term follow-up (p. 51)
• One or two features of HIV infection	POSSIBLE HIV	➤ Provide routine care including HCT for the child ➤ Counsel the caregiver about her health, offer HCT and

کودک را از نظر احتمال ابتلا به سندرم نقص سیستم ایمنی (HIV/AIDS) ارزیابی کنید.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
- در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر • احتمالی ابتلا به سندرم نقص ایمنی • زندگی در شرایط پرخطر	احتمال ابتلا به HIV	- با رعایت دستورالعمل مربوطه تست سریع (HIV)^۱ انجام دهید. - در صورتی که پاسخ تست مثبت (reactive) باشد فرم های مربوطه را تکمیل و کودک برای انجام سایر اقدامات تشخیصی به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. • یک هفته بعد جهت اطمینان از مراجعه پیگیری کنید.
• هیچ یک از شرایط یا سوابق پرخطر را ندارد.	ابتلا به HIV غیرمحمّل	آموزش ها و مشاوره های لازم برای والدین جهت پیشگیری از ابتلا به HIV را انجام دهید.

طبقه بندی کنید

در مورد زندگی در شرایط پرخطر سوال کنید:	وجود علائم و نشانه های احتمالی ابتلا به نقص ایمنی را بررسی کنید:
• آیا یکی یا هر دو والدین کودک به عفونت HIV مبتلا بوده است؟ • آیا یکی یا هر دو والدین اعتیاد تزریقی دارد؟ • آیا کودک سابقه زندگی در مراکز نگهداری یا شیرخوارگاه داشته است؟ • آیا کودک سابقه تماس نزدیک با فرد تحت درمان سل داشته است؟	• کودک از مادر مبتلا به HIV متولد شده است. • سابقه ابتلا به برفک دهانی در سن بالای دو ماه • سابقه ابتلا به کاندیدیاز طولانی مدت و مقاوم به درمان در دهان یا مری • اسهال پایدار مقاوم به درمان (بیش از ۱۴ روز) • تب طول کشیده یا متناوب (بیش از یک ماه) • سوء تغذیه متوسط که به درمان پاسخ نداده است • پنومونی های مکرر • لکوپلاکی های مویی زبانی • عفونت های هرپس دهانی یا پوستی طولانی مدت (بیش از یک ماه)

۱. روش انجام تست PITC است و معمولاً بیمارستان های منطقه مراکز مبارزه با سل و شیرخوارگاه ها دارای امکان انجام تست سریع می باشند.

از توجه شما سپاسگزارم