

HIV-Dokumentation

Bericht für das Quartal _____

Arztkennung _____

Angaben zur untersuchten Person

Familienname Vorname

Um Mehrfachnennungen erkennen zu können, wird eine fallbezogene Verschlüsselung aus Elementen des Vor- und Familiennamens des Patienten benutzt. Bitte vom Vor- und Familiennamen nur den **dritten Buchstaben in den Kreis** und die **Anzahl der Buchstaben in das Kästchen** eintragen. Bei mehr als 9 Buchstaben bitte eine Null in das Kästchen eintragen. Umlaute werden als zwei Buchstaben gezählt. Bei zusammengesetzten Vor- bzw. Familiennamen nur den ersten Namensteil berücksichtigen. Namenszusätze (z.B.: Dr., von) entfallen.

Geschlecht männlich weiblich

Herkunftsland Deutschland anderes

Geburtsdatum
Monat Jahr
(erste drei Ziffern der Postleitzahl)

Wohnsitz / Ort

Patient verstorben Nein Ja

Sterbedatum
Monat Jahr

Todesursache

als Folge von

Grundleiden

Infektionsrisiko

- wird vermutet
 ist bekannt

- Sex zwischen Männern (MSM)
 i. v. Drogengebrauch
 Hämophilie
 Bluttransfusion/Blutprodukte (nicht Hämophilie)
 Berufliche Exposition (Medizinalberufe) (*)
 Heterosexuelle Kontakte
 Hochprävalenzgebiet
 Prä-/Perinatale Infektion
 Andere Risiken (*)
 nicht ermittelbar

Informationen zum Risiko der vermuteten Infektionsquelle

bei heterosexuellen Transmissionen (Risiko des infizierten Partners)

bei prä-/perinataler Infektion (Risiko der Mutter)

- bisexuelle Kontakte
 i.v. Drogengebrauch
 Hämophilie
 Bluttransfusion/Blutprodukte
 Heterosexuelle Kontakte
 Hochprävalenzgebiet (*)
 Andere Risiken (*)

HIV-Infektion der Infektionsquelle gesichert Nein Ja

Labor

Zeitpunkt der HIV-Erstdiagnose bekannt? ja nein

Monat Jahr

Datum des letzten negativen HIV-Antikörpertests unbekannt

Monat Jahr

Im Berichtsquartal CD4-T-Zellzahl / μ l
Monat Jahr

/ μ l

Viruslast / ml

/ ml

Datum der Blutabnahme
Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Resistenzbestimmung ja, am nein unbekannt

Monat Jahr

Therapiebedürftige Diagnose im Berichtsquartal

ja nein

Diagnosen möglichst nach ICD-10 Kodierung

1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	5.	<input type="text"/>	6.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	8.	<input type="text"/>	9.	<input type="text"/>

Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen

möglichst nach ICD-10 Kodierung

1.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
2.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
3.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
4.	<input type="text"/>	Monat	Jahr

Beobachtungs-/behandlungsbedürftige AIDS-definierende Erkrankungen

möglichst nach ICD-10 Kodierung

Opportunistische Infektionen	1.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	2.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	3.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
Malignome	1.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	2.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	3.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	4.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
sonstige opportunistische Erkrankungen (z.B. Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom)	1.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	2.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	3.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	4.	<input type="text"/>	Monat	Jahr
Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre)		Bakterielle Infektionen, multiple, rez. (>1 in 2 Jahren)	Monat	Jahr
		Chronische lymphoide interstitielle Pneumonie	Monat	Jahr

Koinfektionen

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-------|------|----------------------------|---------------------------------|
| Hepatitis B | <input type="radio"/> ja | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt |
| Hepatitis C | <input type="radio"/> ja | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt |

Prophylaxemaßnahmen zur Verhinderung von

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|------|----------------------------|---------------------------------|
| - Pneumocystis jiroveci-Pneumonie (PJP) | <input type="radio"/> ja | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt |
| - Candidiasis | <input type="radio"/> ja | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt |
| - zerebrale Toxoplasmose | <input type="radio"/> ja | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt |
| - sonstige | <input type="radio"/> ja | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt |

Impfstatus

- | | | | | |
|--------------|------------------------------------|-------|------|--|
| Tetanus | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |
| Diphtherie | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |
| Polio | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |
| Hepatitis A | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |
| Hepatitis B | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |
| Pneumokokken | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |
| Grippe | <input type="radio"/> vorhanden | Monat | Jahr | <input type="radio"/> nicht erhoben, weil: |
| | <input type="radio"/> durchgeführt | | | <input type="text"/> |

Screeningmaßnahmen

Tuberkulose	<input type="radio"/> erhoben <input type="radio"/> durchgeführt	Monat	Jahr	<input type="radio"/> keine Angabe (bitte begründen) <input type="text"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/> erhoben <input type="radio"/> durchgeführt	Monat	Jahr	<input type="radio"/> keine Angabe (bitte begründen) <input type="text"/>
CMV-Retinitis	<input type="radio"/> erhoben <input type="radio"/> durchgeführt	Monat	Jahr	<input type="radio"/> keine Angabe (bitte begründen) <input type="text"/>
Analkarzinom	<input type="radio"/> erhoben <input type="radio"/> durchgeführt	Monat	Jahr	<input type="radio"/> keine Angabe (bitte begründen) <input type="text"/>
Hautkrebs	<input type="radio"/> erhoben <input type="radio"/> durchgeführt	Monat	Jahr	<input type="radio"/> keine Angabe (bitte begründen) <input type="text"/>
Zervixkarzinom	<input type="radio"/> erhoben <input type="radio"/> durchgeführt	Monat	Jahr	<input type="radio"/> keine Angabe (bitte begründen) <input type="text"/>

Antiretrovirale Therapie

Regime (z.B. TVD / ATV/r)	Grund der Beendigung	Firstline	Beginn		Ende	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Monat	Jahr	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Monat	Jahr	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Monat	Jahr	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Monat	Jahr	Monat	Jahr

Besonderheiten