

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

Wohnsitz / Ort (erste drei Ziffern der Postleitzahl)

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
Monat Jahr

nein

Datum des letzten negativen HIV-Antikörpertests

Monat Jahr

unbekannt

Im Berichtsquartal CD4-T-Zellzahl /ul

/ul

Monat Jahr

Monat Jahr

Viruslast /ml

/ml

Datum der Blutabnahme

Monat Jahr

Monat Jahr

Resistenzbestimmung ja, am

Monat Jahr

nein unbekannt

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

Beobachtungs-/behandlungsbedürftige AIDS-definierende Erkrankungen

möglichst nach ICD-10 Kodierung

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

Koinfektionen

Hepatitis B

ja
Monat Jahr

nein unbekannt

Hepatitis C

ja
Monat Jahr

nein unbekannt

Prophylaxemaßnahmen

zur Verhinderung von

- Pneumocystis jioveci-Pneumonie (PJP)

ja
Monat Jahr

nein unbekannt

- Candidiasis

ja
Monat Jahr

nein unbekannt

- zerebrale Toxoplasmose

ja
Monat Jahr

nein unbekannt

- sonstige

ja
Monat Jahr

nein unbekannt

Impfstatus

Tetanus

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Diphtherie

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Polio

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Hepatitis A

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Hepatitis B

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Pneumokokken

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Grippe

- vorhanden
 durchgeführt

Monat Jahr

nicht erhoben

Screeningmaßnahmen

Tuberkulose

- erhoben
 durchgeführt

Monat Jahr

keine Angabe

Hepatitis C

- erhoben
 durchgeführt

Monat Jahr

keine Angabe

CMV-Retinitis

- erhoben
 durchgeführt

Monat Jahr

keine Angabe

Analkarzinom

- erhoben
 durchgeführt

Monat Jahr

keine Angabe

Hautkrebs

- erhoben
 durchgeführt

Monat Jahr

keine Angabe

Zervixkarzinom

- erhoben
 durchgeführt

Monat Jahr

keine Angabe

Antiretrovirale Therapie

Regime (z.B. TVD / ATV/r)

Grund der Beendigung

Firstline

Beginn

Ende

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Monat Jahr

Besonderheiten