

AIDS - MELDEFORMULAR



PATIENTENDATEN

INITIALIEN (Vorname/ Familien
- oder Nachname)

GEBURTSDATUM 19__

GESCHLECHT

BUNDESLAND (des Wohnortes)

NATIONALITÄT

DIAGNOSE AM: 20__

VERSTORBEN AM: 20__

STEMPEL DES
MELDENDEN DATUM

TESTSTATUS

ERSTER HIV-TEST AM:

HIV-1	HIV-2
<input type="text"/> <input type="text"/> 20__	<input type="text"/> <input type="text"/> 20__

INDIKATORERKRANKUNG ZUM ZEITPUNKT

	DER DIAGNOSE:	DES TODES:	
rezid. bakt. Infektionen (Kinder)	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
Candidiasis der Bronchien, Trachea, Lunge	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
Candidiasis des Oesophagus	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
Kokzidioidomykose	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
Kryptokokkose, extrapulmonal	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
Kryptosporidiose (Durchfall > 1 Monat)	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>
Zytomegalievirus	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>
Zytomegalie-Retinitis	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>
Herpes-simplex	<input type="text"/>	9	<input type="text"/>
Histoplasmose	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>
Isosporiasis	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>
Mykobakterium avium complex, M.kansasii	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>
Mykobakterium tuberculosis pulmonal	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>
Mykobakterium tuberculosis extrapulmonal	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>
Mykobakterium: andere, nicht differenziert	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>
Pneumozystis Carinii Pneumonie	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>
rezidivierende Pneumonien	<input type="text"/>	17	<input type="text"/>
progr. multifok. Leukenzephalopathie	<input type="text"/>	18	<input type="text"/>
Salmonellasepsis	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>
Toxoplasmose des Gehirns	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>
invasives Zervixkarzinom	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>
HIV-Enzephalopathie	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>
Kaposi-Sarkom	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>
lymphoide interst. Pneumonie (Kinder)	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>
Lymphom, Burkitt oder analog	<input type="text"/>	25	<input type="text"/>
Lymphom, immunoblastisch	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>
Lymphom, primär des Gehirns	<input type="text"/>	27	<input type="text"/>
HIV-Auszehrungssyndrom	<input type="text"/>	28	<input type="text"/>
Opportunistischer Infekt, nicht definiert	<input type="text"/>	30	<input type="text"/>
Lymphom, nicht definiert	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>

eine oder mehrere INDIKATORERKRANKUNGEN ankreuzen

T4 (CD4) ZELLEN
bei Diagnose bei Tod

T4/T8 RATIO
bei Diagnose bei Tod

ANTIRETROVIRALE THERAPIE
 ja
 nein
 unbekannt

bitte wenden

Bitte zurücksenden an:

Abteilung III/7
HIV/AIDS, TBC, Impfungen
Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien

ÜBERTRAGUNGSRISIKO

homo/bisexuell	<input type="checkbox"/>	1
IV-Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	2
homo / bisexuell + IV-Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	3
hämophil / Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	4
Transfusionsempfänger	<input type="checkbox"/>	5
heterosexuelle Übertragung	<input type="checkbox"/>	6
Mutter zu Kind Übertragung	<input type="checkbox"/>	7
nosokomiale Infektion	<input type="checkbox"/>	8
sonstiges / unbekanntes Risiko	<input type="checkbox"/>	9

Risiko des Partners (nur ausfüllen bei heterosexueller Übertragung)

<input type="checkbox"/>	Patient kommt aus Region mit häufiger heterosexueller Übertragung
<input type="checkbox"/>	Partner bisexueller Mann
<input type="checkbox"/>	Partner IV-Drogengebraucher
<input type="checkbox"/>	Partner hämophil oder Transfusionsempfänger
<input type="checkbox"/>	Partner kommt aus Land mit häufiger heterosexueller Übertragung
<input type="checkbox"/>	Partner bekannt positiv, jedoch nicht Gruppe 2 - 5
<input type="checkbox"/>	Partner unbekannt, heterosexuelle Übertragung wahrscheinlich

Risiko der Mutter (nur ausfüllen bei Mutter zu Kind Übertragung)

<input type="checkbox"/>	Mutter IV-drogenabhängig
<input type="checkbox"/>	Mutter kommt aus Region mit häufiger heterosexueller Übertragung
<input type="checkbox"/>	Mutter mit heterosexueller Infektion, jedoch nicht Gruppe 2
<input type="checkbox"/>	Mutter Transfusionsempfängerin
<input type="checkbox"/>	Mutter anderes oder unbekanntes Risiko