

AIDS - MELDEFORMULAR

PATIENTENDATEN

INITIALIEN (Vorname/ Familien
- oder Nachname)

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT

BUNDESLAND (des Wohnortes)

NATIONALITÄT

DIAGNOSE AM: 20__

VERSTORBEN AM: 20__

STEMPEL DES
MELDENDEN DATUM

TESTSTATUS

ERSTER HIV-TEST AM: HIV-1 20__ HIV-2 20__

INDIKATORERKRANKUNG ZUM ZEITPUNKT

DER DIAGNOSE:

DES TODES:

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|--|
| rezid. bakt. Infektionen (Kinder) | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | eine oder mehrere INDIKATORERKRANKUNGEN ankreuzen |
| Candidiasis der Bronchien, Trachea, Lunge | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| Candidiasis des Oesophagus | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | |
| Kokzidioidomykose | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | |
| Kryptokokkose, extrapulmonal | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | |
| Kryptosporidiose (Durchfall > 1 Monat) | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | |
| Zytomegalievirus | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> | |
| Zytomegalie-Retinitis | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | |
| Herpes-simplex | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> | |
| Histoplasmose | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> | |
| Isosporiasis | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> | T4 (CD4) ZELLEN bei Diagnose <input type="text"/> bei Tod <input type="text"/> T4/T8 RATIO bei Diagnose <input type="text"/> bei Tod <input type="text"/> |
| Mykobakterium avium complex, M.kansasii | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> | |
| Mykobakterium tuberculosis pulmonal | <input type="checkbox"/> | 13 | <input type="checkbox"/> | |
| Mykobakterium tuberculosis extrapulmonal | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> | |
| Mykobakterium: andere, nicht differenziert | <input type="checkbox"/> | 15 | <input type="checkbox"/> | |
| Pneumozystis Carinii Pneumonie | <input type="checkbox"/> | 16 | <input type="checkbox"/> | |
| rezidivierende Pneumonien | <input type="checkbox"/> | 17 | <input type="checkbox"/> | |
| progr. multifok. Leukenzephalopathie | <input type="checkbox"/> | 18 | <input type="checkbox"/> | |
| Salmonellasepsis | <input type="checkbox"/> | 19 | <input type="checkbox"/> | |
| Toxoplasmose des Gehirns | <input type="checkbox"/> | 20 | <input type="checkbox"/> | |
| invasives Zervixkarzinom | <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="checkbox"/> | ANTIRETROVIRALE THERAPIE <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| HIV-Enzephalopathie | <input type="checkbox"/> | 22 | <input type="checkbox"/> | |
| Kaposi-Sarkom | <input type="checkbox"/> | 23 | <input type="checkbox"/> | |
| lymphoide interst. Pneumonie (Kinder) | <input type="checkbox"/> | 24 | <input type="checkbox"/> | |
| Lymphom, Burkitt oder analog | <input type="checkbox"/> | 25 | <input type="checkbox"/> | |
| Lymphom, immunoblastisch | <input type="checkbox"/> | 26 | <input type="checkbox"/> | |
| Lymphom, primär des Gehirns | <input type="checkbox"/> | 27 | <input type="checkbox"/> | |
| HIV-Auszehrungssyndrom | <input type="checkbox"/> | 28 | <input type="checkbox"/> | |
| Opportunistischer Infekt, nicht definiert | <input type="checkbox"/> | 30 | <input type="checkbox"/> | |
| Lymphom, nicht definiert | <input type="checkbox"/> | 31 | <input type="checkbox"/> | |

bitte wenden

Bitte zurücksenden an:

Abteilung IX/A/7
Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement,
Seuchenbekämpfung
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2
1030 Wien
Mail: IXA7@sozialministerium.at

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 |