

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