

Dokumentationsbogen zum Inhalt der ärztlichen Dokumentation nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS

Patientendaten:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
<i>ggfs. Sterbedatum</i>	
Quartal/Jahr dieser Dokumentation	

Infektionsrisiko

- ist bekannt
 wird vermutet
- Sex zwischen Männern (MSM)
 - Intravenöser Drogengebrauch
 - Hämophilie
 - Bluttransfusion/Blutprodukte (nicht Hämophilie)
 - Berufliche Exposition (Medizinalberufe) (*)
 - Heterosexuelle Kontakte
 - Hochprävalenzgebiet
 - Prä-/Perinatale Infektion
 - Andere Risiken (bitte angeben):
- nicht ermittelbar

Ggfs. Informationen zum Risiko der vermuteten Infektionsquelle:

Laborwerte

Zeitpunkt der HIV-Erstdiagnose: Monat:_____ Jahr:_____ unbekannt

Letzter negativer HIV-Antikörpertest: Monat _____ Jahr:_____ unbekannt

Im Berichtsquartal:

Datum der Bestimmung	CD4-Zahl (Zellen / µl)	Viruslast (Kopien / ml)

Resistenzbestimmung durchgeführt? ja nein

Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen:

ja nein

Diagnosen mlt ICD10-Kodierung

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Beobachtungs-/behandlungsbedürftige AIDS-definierende Erkrankungen:

ja nein

Diagnosen mlt ICD10-Kodierung

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Therapiebedürftige weitere Diagnosen (außer HIV/AIDS) im Berichtsquartal

ja nein

Diagnosen mlt ICD10-Kodierung

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Diagnose (Monat/Jahr): _____

Koinfektionen:

Hepatitis B: ja, Erstdiagnose Monat: _____ / Jahr: _____ unbekannt

(aktuell mit Therapie: ja nein)

nein unbekannt

Hepatitis C: ja, Erstdiagnose Monat: _____ / Jahr: _____ unbekannt

(aktuell mit Therapie: ja nein)

nein unbekannt

Sonstige:

Prophylaxemaßnahmen:

Durchgeführt zur Verhinderung von:

- Pneumocystis jiroveci-Pneumonie: ja nein unbekannt

- Candidiasis: ja nein unbekannt

- cerebrale Toxoplasmose: ja nein unbekannt

- sonstige:

Impfschutz/-status:

Tetanus: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Diphtherie: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Polio: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Hepatitis A: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Hepatitis B: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Pneumokokken: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Grippe: vorhanden durchgeführt am _____ nicht erhoben

Screeningmaßnahmen

(Gegebenenfalls kann eine Maßnahme auch länger zurückliegen, muss also nicht im Berichtsquartal erfolgt sein. Die hier aufgeführten Maßnahmen müssen nicht unbedingt für alle Patienten von Bedeutung sein.)

Tuberkulose: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

Hepatitis C: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

CMV-Retinitis: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

Analkarzinom: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

Zervixkarzinom: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

Hautkrebs: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

Syphilis: erhoben durchgeführt am _____ keine Angabe

Sonstige (z.B. altersabhängig allgemein empfohlene Screeningmaßnahmen):

Antiretrovirale Therapie im Berichtsquartal

Regime (z.B. TVD + ATV/r)	Ggfs.Grund der Beendigung	First- Line?	Beginn (Monat/Jahr)	Ende (Monat/Jahr)
		<input type="radio"/>		

Besonderheiten: