

AIDS - MELDEFORMULAR

PATIENTENDATEN

INITIALEN (Vorname / Familienname)

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT

BUNDESLAND (des Wohnortes)

NATIONALITÄT

DIAGNOSE AM:

VERSTORBEN AM:

		19__
		20__
		20__

STEMPEL DES
MELDENDEN DATUM

TESTSTATUS

ERSTER HIV-TEST AM:

HIV-1			HIV-2		
		20__			20__

INDIKATORERKRANKUNG ZUM ZEITPUNKT

DER DIAGNOSE:

DES TODES:

- rezid. bakt. Infektionen (Kinder)
- Candidiasis der Bronchien, Trachea, Lunge
- Candidiasis des Oesophagus
- Kokzidioidiomykose
- Kryptokokkose, extrapulmonal
- Kryptosporidiose (Durchfall > 1 Monat)
- Zytomegalievirus
- Zytomegalie-Retinitis
- Herpes-simplex
- Histoplasmose
- Isosporiasis
- Mykobakterium avium complex, M.kansasii
- Mykobakterium tuberculosis pulmonal
- Mykobakterium tuberculosis extrapulmonal
- Mykobakterium: andere, nicht differenziert
- Pneumozystis Carinii Pneumonie
- rezidivierende Pneumonien
- progr. multifok. Leukenzephalopathie
- Salmonellasepsis
- Toxoplasmose des Gehirns
- invasives Zervixkarzinom
- HIV-Enzephalopathie
- Kaposi-Sarkom
- lymphoide interst. Pneumonie (Kinder)
- Lymphom, Burkitt oder analog
- Lymphom, immunoblastisch
- Lymphom, primär des Gehirns
- HIV-Auszehrungssyndrom
- Opportunistischer Infekt, nicht definiert
- Lymphom, nicht definiert

	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	
	30	
	31	

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 zurücksenden an:

Dr. Klein/Fr. Hain
Abteilung III/A/4
Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen
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)

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

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

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