



Aids

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in (falls gleichzeitig eine HIV-Erstdiagnose^b erfolgt: in diesem Abschnitt nur noch Geschlecht und Geburtsdatum ausfüllen)

Aus Vornamen gebildeter Code^c: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Gender: w m trans (MtF)^d trans (FtM)^d VGE^d

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Nationalität: CH andere: _____ Herkunftsland^e: CH anderes: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bei Todesfall: Sterbedatum ____/____/____

Nimmt der/die Patient/in an der Schweizerischen HIV-Kohorte teil? ja nein unbekannt ist geplant

Diagnose und Manifestation

Angaben zum Labor

Seit wann ist eine HIV-Infektion bekannt (Monat/Jahr)? ____/____

Letzte CD4 T-Zellzahl vor oder bei der Aidsdiagnose: _____ Anzahl / mm³ Entnahmedatum der Probe (Monat/Jahr): ____/____

Virämie (HIV-RNA) vor oder bei der Aidsdiagnose: _____ Kopien / ml Entnahmedatum der Probe (Monat/Jahr): ____/____

Resistenz gegen antiretrovirale Substanzen: Wurde ein Test durchgeführt? ja nein unbekannt
therapierelevante Resistenzen nachgewiesen? ja nein unbekannt

Angaben zur Manifestation

Indikatorkrankheiten für Aids ^f	Diagnose ^g def. präs.	Datum (Monat/Jahr)	Indikatorkrankheiten für Aids ^f	Diagnose ^g def. präs.	Datum (Monat/Jahr)
Bakterielle Pneumonie, rezidivierend (nur wenn ≥ 13 Jahre alt)	<input type="checkbox"/>	____/____	<i>Mycobacterium avium</i> complex oder <i>M. kansasii</i> disseminiert (nicht Lunge oder Haut)	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Candidiasis, pulmonal	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	<i>M. tuberculosis</i> , extrapulmonal	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Candidiasis, ösophageal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>M. tuberculosis</i> , pulmonal (nur wenn ≥ 13 Jahre alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Enzephalopathie	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Mykobakteriose (andere oder nicht identifizierte Spezies), disseminiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Wasting-Syndrom	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	<i>Pneumocystis jirovecii</i> Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes simplex: chronische Ulzeration (>1 Monat) oder Pneumonie oder Oesophagitis	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Progressive multifocale Leukenzephalopathie	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Histoplasmose, extrapulmonal	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Salmonellen-Septikämie, rezidivierend, nicht-typhös	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Isosporiose, Diarrhoe (>1 Monat)	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Toxoplasmose, Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaposi-Sarkom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zervix-Karzinom, invasiv	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Kokzidiomycose, extrapulmonal	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Zytomegalie (nicht Leber, Milz, Lymphknoten)	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Kryptokokkose, extrapulmonal	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Zytomegalie-Retinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kryptosporidiose, Diarrhoe (>1 Monat)	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____			
Lymphom, Burkitt (oder analoge Bezeichnung)	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Bei Kindern unter 13 Jahren zusätzlich:		
Lymphom, immunoblastisch (oder analoge Bezeichnung)	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Bakterielle Infektionen, multipel oder rezidivierend	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____
Lymphom, primäres des ZNS	<input type="checkbox"/>	n.a. ____/____	Lymphoide interstielle Pneumonie oder pneumonale lymphoide Hyperplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b Bitte auch HIV-Meldung ausfüllen, wenn Fall bisher unbekannt

^c Erster Buchstabe und Anzahl Buchstaben; wenn mehr als 9 Buchstaben: Länge=0, bei mehrteiligen Vornamen mit Bindestrich oder in zwei Wörtern nur ersten Teil. Beispiele: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0

^d MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

^e Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.

^f Diagnosekriterien unter www.bag.admin.ch/infreporting oder bei epi@bag.admin.ch

^g def. / präs. = definitiv bzw. präsumptiv n.a. = nicht anwendbar

Aids, Seite 2

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Verlauf

Erhielt der/die Patient/in jemals eine antiretrovirale Therapie

vor der Aidsdiagnose? ja, Therapiebeginn (Monat/Jahr): ___ / ___ nein unbekannt

bei der Aidsdiagnose? ja, Therapiebeginn (Monat/Jahr): ___ / ___

nein, Grund : _____

unbekannt

Erhielt der/die Patient/in **innerhalb von 6 Monaten vor der Aidsdiagnose**
Prophylaxe gegen opportunistische Infektionen?

ja nein unbekannt

Exposition (aus Sicht des Arztes/der Ärztin: bitte die wahrscheinlichste Möglichkeit angeben)

Wie: Sexualkontakt mit: w m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VGE^b

Konsum von injizierbaren Drogen (IDU)

perinatal

anderer Übertragungsweg: _____

nicht eruierbar

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel):

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).