



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

HIV-Infektion

Meldung zum klinischen Befund

Angaben Meldelabor

Datum der positiven^b Bestätigung: ___/___/___
 Typ: HIV-1 HIV-2
 Auftrag von: behandelndem Arzt Screeninglabor
 Hinweis auf **frische Infektion**? ja nein unklar kein Recency-Test
 Laborinterne ID: _____

Name, Adresse oder Stempel des Labors:

Bemerkungen: _____

Angaben Labor

Viruslast (HIV-RNA): _____ (Kopien / ml) Entnahmedatum der Probe: ___/___/___
 CD4 T-Zellen: _____ (Anzahl / mm³) Entnahmedatum der Probe: ___/___/___
 Resistenztest gegen antiretrovirale Substanzen durchgeführt? ja nein unbekannt
 Anlass: klinischer Verdacht Exposition Individueller Checkup^c Screening^d anderer: _____
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Patient/in

Aus Vornamen gebildeter Code^e: _____ Geburtsdatum: ___/___/___ Gender: w m trans (MtF)^f trans (FtM)^f VGE^f
 PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____
 Nationalität: CH andere: _____ Herkunftsland^g: CH anderes: _____
 Nimmt der/die Patient/in an der Schweizerischen HIV-Kohorte teil? ja nein unbekannt ist geplant

Diagnose und Manifestation

Hat der/die Patient/in klinische Zeichen einer **akuten HIV-Infektion** (Serokonversionskrankheit)? ja, Datum Symptombeginn: ___/___/___ nein
 Hat der Patient Symptome, die auf eine **fortgeschrittene HIV-Infektion** hinweisen? ja, Stadium: CDC-Stadium B CDC-Stadium C nein
 Wenn die Kriterien für min. eine **Aids-Indikatorkrankheit** erfüllt sind (CDC-Stadium C) bitte auch eine AIDS-Meldung^a ausfüllen!

Verlauf

Anamnese: War ein früherer Test jemals **positiv**? ja, **erstmalig**: ___/___/___ nein unbekannt
 War ein früherer Test jemals **negativ**? ja, **zuletzt**: ___/___/___ nein unbekannt
 Therapie: Erhielt der/die Patient/in jemals eine antiretrovirale Therapie? ja, Therapiebeginn: ___/___/___ nein Therapiestart wird erwogen

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

Wo: CH, Ort: _____ Ausland, Land: _____ unbekannt
 Wann: Vermuteter Zeitpunkt der Infektion: ___/___/___
 Bei Personen mit Nationalität/Herkunftsland anders als CH^h, Datum der Einreise in die Schweiz: ___/___/___
 Wie: Sexualkontakt mit: w m trans (MtF)^f trans (FtM)^f VGE^f
 Konsum von injizierbaren Drogen (IDU)
 perinatal
 anderer Übertragungsweg: _____
 nicht eruierbar
 Bei Übertragung durch Sexualkontakt, Art der Beziehung: anonym Partner bekannter Partner bezahlter Sex nicht eruierbar

Massnahmen (für HIV-infizierte Personen empfohlen)

Wurden die Sexualpartner/-innen über die HIV-Diagnose informiert? ja nein unbekannt

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel., Fax:

Falls Patient/in an andere Stelle überwiesen wird, bitte angeben:

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

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

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter www.bag.admin.ch/infreporting

^b Autorisierte Labors: Liste unter www.bag.admin.ch/infreporting oder bei epi@bag.admin.ch

^c Individuelles Testen z.B. bei MSM, bei Personen >45 Jahren im Rahmen eines Gesundheitschecks, etc.

^d Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende

^e 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

^f Trans (MtF) und (FtM) = Person mit Geschlechtsumwandlung Mann zu Frau resp. Frau zu Mann; VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell)

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

^h Bei denen klar ist, dass es sich NICHT um Grenzgänger, (Medizinal-)Touristen oder Geschäftsreisende handelt.