



Aids, Seite 1

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: _____

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 ^e | Diagnose ^f def. präs. | Datum (Monat/Jahr) | Indikatorkrankheiten für Aids ^f | Diagnose ^f def. präs. | Datum (Monat/Jahr) |
|---|---|-----------------------|---|---|-----------------------|
| Bakterielle Pneumonie, rezidivierend (nur wenn ≥ 13 Jahre alt) | <input type="checkbox"/> <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. | ____/____ |
| Kokzidioidomykose, 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 interstitielle 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 Diagnosekriterien unter www.bag.admin.ch/infreporting oder bei epi@bag.admin.ch

^f 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., (oder Stempel):

Datum: ____/____/____

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

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____/____/____

^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).