



# Aids, Seite 1

## Meldung zum klinischen Befund

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

Aus Vornamen gebildeter Code<sup>c</sup>: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Gender:  w  m  trans (MtF)<sup>d</sup>  trans (FtM)<sup>d</sup>  VGE<sup>d</sup>

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 / mm<sup>3</sup> 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?  
therapierelevante Resistenzen nachgewiesen?  ja  nein  unbekannt  
 ja  nein  unbekannt

#### Angaben zur Manifestation

Indikatorkrankheiten für Aids <sup>e</sup>	Diagnose <sup>f</sup> def. präs.	Datum (Monat/Jahr)	Indikatorkrankheiten für Aids <sup>f</sup>	Diagnose <sup>f</sup> 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 jiroveci</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-typös	<input type="checkbox"/> n.a.	____ / ____
Isosporiase, 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.	____ / ____			
Lymphom, immunoblastisch (oder analoge Bezeichnung)	<input type="checkbox"/> n.a.	____ / ____			
Lymphom, primäres des ZNS	<input type="checkbox"/> n.a.	____ / ____			
<b>Bei Kindern unter 13 Jahren zusätzlich:</b>					
Bakterielle Infektionen, multipel oder rezidivierend					
<input type="checkbox"/> n.a. ____ / ____					
Lymphoide interstitielle Pneumonie oder pneumonale lymphoide Hyperplasie					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____					

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

<sup>b</sup> Bitte auch HIV-Meldung ausfüllen, wenn Fall bisher unbekannt

<sup>c</sup> 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

<sup>d</sup> 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).

<sup>e</sup> Diagnosekriterien unter [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting) oder bei [epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)

<sup>f</sup> def. / präs. = definitiv bzw. präsumptiv n.a. = nicht anwendbar



# Aids, Seite 2

## Meldung zum klinischen Befund

### 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)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VGE<sup>b</sup>

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> 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).