



HIV-1 Serokonverterstudie

BASISUNTERSUCHUNG

Stempel des Berichtenden (Zentrum)

Bitte zurücksenden an:

Robert Koch-Institut
FG18 HIV-Studienlabor
Seestr. 10
13353 Berlin

Ausgefüllt von: _____
Vor- und Nachname

Vom RKI-Labor auszufüllen:

Eingangsdatum RKI

Probennummer -

ANGABEN ZUM/ZUR PATIENT/-IN

1. Ist die Einverständniserklärung Version **HIV-1 Serokonverterstudie_Einwilligung_006** (ab Juli 2024) bereits unterschrieben?

- Ja Nein (**Bitte Einverständniserklärung_006 einholen bevor die Dokumentation erfolgt**) Patient/-in stimmt zu, dass die Daten und Blutproben im Rahmen von Kooperationsprojekten übermittelt werden dürfen

2. Bericht vom
Tag Monat Jahr

3. Patienten-Nr.
(die vergebene Pat.Nr. darf keine Rückschlüsse auf die Identität des/der Patienten/-in zulassen, z.B. keine Versicherten-Nr. verwenden)

4. Code *
Familienname Vorname

5. Geschlecht
Männl. Weibl. Divers ♂→♀ ♀→♂
trans

6. Geburtsdatum
Monat Jahr

*Um Mehrfachmeldungen erkennen zu können, wird eine **fallbezogene Verschlüsselung** aus Elementen des Vor- und Familiennamens des/der Patienten/-in benutzt. Bitte vom Vor- und Familiennamen nur den **dritten Buchstaben** in den Kreis und die **Anzahl der Buchstaben** in das Kästchen eintragen. Bei mehr als 9 Buchstaben bitte eine Null in das Kästchen eintragen. **Umlaute** werden als **zwei Buchstaben** gezählt. Bei zusammengesetzten Vor- bzw. Familiennamen nur den ersten Namensteil berücksichtigen. Titel und Namenszusätze (z. B.: Dr., von) entfallen. Beispiele: Dr. Schultz, Sabine H7 B6, von Mühle-Ambach, Karl-Heinz E6 R4

7. PLZ
(erste drei Ziffern)

8. Wohnsitz _____
Bundesland

9. Herkunftsland (siehe **Hinweisblatt**) Deutschland Anderes Land: _____

Wenn keine Antwort, bitte ausfüllen: **Herkunft aus Region (siehe Hinweisblatt)**

- Subsahara Afrika Süd- & Südostasien Zentraleuropa Karibik
 Ostasien & Pazifik Osteuropa Nordafrika & Mittlerer Osten Lateinamerika
 Australien & Neuseeland Westeuropa Nordamerika

BLUTPROBE

10. EDTA-Blutprobe zur HIV-1 Resistenz- und Subtypbestimmung an das Robert Koch-Institut geschickt?

- Ja Nein, sondern an folgendes Labor: _____

Datum der Blutentnahme:
Tag Monat Jahr

Therapiestatus zum Zeitpunkt der Blutentnahme

- Noch nie therapiert Unter Therapie Therapiepause

TESTDOKUMENTATION ZUM ABLAUF DER HIV-SEROKONVERSION

11. Nachweise

Bitte beachten Sie, dass für den Einschluss in die Studie folgende Konstellationen gelten:

Akute Serokonverter

1. ELISA reaktiv und Immunoblot negativ / fraglich oder
2. ELISA negativ / grenzwertig und HIV-RNA positiv (≥ 1.000 Kopien/ml) oder
3. HIV-RNA positiv und Immunoblot negativ / fraglich
4. Immunoblot positiv ohne p31 Bande (bitte schriftl. Dokumentation senden) und ELISA reaktiv bzw. HIV-RNA positiv

Dokumentierte Serokonverter

Einschluss als dokumentierter Serokonverter, wenn der Zeitabstand zwischen letztem negativem und erstem bestätigt positivem HIV-Test ≤ 3 Jahre ist.

Letzter negativer HIV-Test

Datum der Blutentnahme:

Tag Monat Jahr

In unserer Praxis
 Zu Hause (Heim-/Selbst-Test)
 Beratungsstelle (Gesundheitsamt, CheckPoint)
 Andere med. Einrichtung (Arztpraxis, Krankenhaus)
 Andere (bitte angeben) _____
 Unbekannt

Schriftlich dokumentiert
 Nach Angabe des/der Patienten/-in
 HIV-Test bisher nie durchgeführt
 Unbekannt

Erster positiver HIV-Test

Datum der Blutentnahme:

Tag Monat Jahr

In unserer Praxis
 Zu Hause (Heim-/Selbst-Test)
 Beratungsstelle (Gesundheitsamt, CheckPoint)
 Andere med. Einrichtung (Arztpraxis, Krankenhaus)
 Andere (bitte angeben) _____
 Unbekannt

Schriftlich dokumentiert
 Nach Angabe des/der Patienten/-in

A. ELISA (in Ihrer Einrichtung)

Datum der Blutentnahme:

Tag Monat Jahr

→

Reaktiv
 Fraglich / Grenzwertig
 Negativ
 Nicht durchgeführt

B. Immunoblot

<input type="radio"/> Positiv	→	Datum der Blutentnahme:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag Monat Jahr	
<input type="radio"/> Positiv ohne p31 <small>Bitte schriftliche Dokumentation</small>	→	Datum der Blutentnahme:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag Monat Jahr	
<input type="radio"/> Fraglich / Grenzwertig	→	Datum der Blutentnahme:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag Monat Jahr	
<input type="radio"/> Negativ	→	Datum der Blutentnahme:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag Monat Jahr	

C. Viruslast

1. Viruslastmessung

Datum der Blutentnahme:

Tag Monat Jahr

Ergebnis →

größer (>), kleiner (<)
oder gleich (=) Kopien/ml

Testverfahren (siehe **Hinweisblatt**)

12. Lag/liegt bei dem/der Patienten/-in klinisch ein akutes Serokonversionssyndrom vor (siehe **Hinweisblatt** für Symptomliste)?

Ja Datum Symptombeginn →

Tag Monat Jahr

Nein
 Unbekannt

DATEN ZUM ERWERB DER HIV-INFEKTION

13. Vermuteter Infektionszeitpunkt

Tag	Monat	Jahr				

 Unbekannt

14. Als Infektionsrisiko

- Ist bekannt
 Wird vermutet

- Sexuelle Kontakte unter Männern
 - i.v. Drogengebrauch
 - Hämophilie
 - Bluttransfusion / Blutprodukte (außer Hämophilie)
 - Berufliche Exposition (Medizinalberufe)
 - Heterosexuelle Kontakte
 - Patient/-in aus Hochprävalenzgebiet (siehe **Hinweisblatt**)
 - Prä-/perinatale Infektion
 - andere Risiken _____

Informationen zum Risiko der vermuteten Infektionsquelle (Risiko des/der Partners/-in bzw. der Mutter)

- Sexuelle Kontakte unter Männern
 - i.v. Drogengebrauch
 - Hämophilie
 - Bluttransfusion / Blutprodukte (außer Hämophilie)
 - Heterosexuelle Kontakte
 - Patient/-in aus Hochprävalenzgebiet (siehe **Hinweisblatt**)
 - andere Risiken _____

- Patient/-in möchte nicht antworten
 Unbekannt

HIV-Infektion der Infektionsquelle gesichert?

 Ja Nein

15. Die Infektion wurde wahrscheinlich erworben in

- Deutschland anderes Land: _____ Unbekannt

KLINISCHE DIAGNOSTIK

16. Ist die Person zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger?

 Ja Nein Unbekannt
17. Hatte der/die Patient/-in in den letzten zwei Jahren eine andere sexuell übertragbare Erkrankung?

- Ja, bitte genauer angeben Nein Unbekannt Patient/-in möchte nicht antworten



- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Genitaler oder analer Herpes
<input type="radio"/> Genitale Chlamydieninfektion
<input type="radio"/> Genitale oder anale Warzen
<input type="radio"/> Gonorrhoe
<input type="radio"/> Granuloma inguinale | <input type="radio"/> Nicht-Gonokokkenbedingte Urethritis (Männer)
<input type="radio"/> Pelvine inflammatorische Erkrankung
<input type="radio"/> Syphilis
<input type="radio"/> Trichomoniasis
<input type="radio"/> Schanker
<input type="radio"/> Andere |
|--|---|

CDC-KLASSIFIKATION und weitere klinische Diagnosen

18. CDC-Diagnose (Bitte Stadium und ggf. Erkrankung angeben):

A - Asymptomatisch

B - HIV-assoziierte Erkrankungen (Bitte angeben!)

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
Bazilläre Angiomatose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Herpes Zoster, multisegmental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Candidiasis, oral (Mundsoor), oropharyngeal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Listeriose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Candidiasis, vulvovaginal, anogenital, rez.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pelvine inflammatorische Erkrankungen (Adnexitis, Salpingitis)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diarrhoen, chronisch, HIV-assoziiert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Polyneuropathie, Neuropathie, HIV-assoziiert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fieber unklarer Ätiologie, persistierend	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Thrombozytopenie, HIV-assoziiert, idiopathische thrombozytopenische Purpura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewichtsverlust unklarer Genese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Zervikale Dysplasie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haarleukoplakie, oral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Zervikales Carcinoma in situ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C - AIDS-definierende Erkrankungen (Bitte angeben! Wo erforderlich, bitte gesicherte Diagnose bestätigen, s. **Hinweisblatt.**)

Opportunistische Infektionen (OI)	Tag	Monat	Jahr	gesichert	Verdacht auf
Pneumocystis-jiroveci-Pneumonie (PJP).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidiasis des Ösophagus.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerebrale Toxoplasmose.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV-Retinitis mit Verlust der Sehkraft.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykobakterien, extrapulmonal oder disseminiert (außer m. tuberculosis).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaposi-Sarkom.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederholte Pneumonien (>1 in 12 Monaten).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidiasis der Trachea, Bronchien, Lunge.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes simplex-Virusinfektion (>1 Mon. Pers. Ulzera) oder Herpes, Pneumonie oder-Ösophagitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose, extrapulmonal oder disseminiert.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose, pulmonal.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV-Erkrankung anderer Organe als Leber, Milz, Lymphknoten oder Augen.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS-assoziierte Lymphome Welche: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Enzephalopathie.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervix-Karzinom (invasiv).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Kachexie.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere OI Welche: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Erkrankungen des/der Patienten/-in

Sie können die Daten zu Diagnosen auch gerne ausgedruckt anheften, anstatt diese einzutragen. (Dauerdiagnosen + Kurzdiagnosen d. letzten 8 Quartale) (siehe Hinweisblatt)

19. Liegt eine Atemwegserkrankung vor? (z.B. COPD, Asthma etc.)

Ja Nein Unbekannt

19a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

1. ICD-10 Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tag	Monat	Jahr				
2. ICD-10 Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tag	Monat	Jahr				
3. ICD-10 Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tag	Monat	Jahr				

20. Liegt eine kardiovaskuläre Erkrankung vor? (z.B. koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Infarkte etc.)

 Ja Nein Unbekannt

20a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

21. Liegt eine Stoffwechselerkrankung vor? (z.B. Diabetes, Übergewicht, Gicht etc.)

 Ja Nein Unbekannt

21a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

21b. Ist der/die Patient/-in insulinpflichtig?

 Ja Nein Unbekannt

22. Wurde eine Hauterkrankung diagnostiziert? (z.B. Analwarzen etc.)

 Ja Nein Unbekannt

22a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

23. Liegt eine Krebserkrankung vor?

 Ja Nein Unbekannt

23a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

24. Liegt eine psychische Erkrankung vor?
(z.B. Depression, Angststörung, Psychosen etc.)

 Ja Nein Unbekannt

24a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

25. Wurde eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert? (z.B. Alkohol, Opiode, Metamphetamin, etc.)

 Ja Nein Unbekannt

25a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

26. Wurde ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert?

 Ja Nein Unbekannt

26a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

27. Liegt eine Lebererkrankung vor?

 Ja Nein Unbekannt

27a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag	Monat	Jahr		

28. Liegt eine Nierenerkrankung vor?

Ja Nein Unbekannt

28a. Wenn ja, bitte ICD-10 Code und Diagnosedatum angeben

	1. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
1. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag Monat Jahr				
	2. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
2. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag Monat Jahr				
	3. Diagnosedatum	gesichert	Verdacht auf	Zustand nach	ausgeschlossen
3. ICD-10 Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tag Monat Jahr				

28b. Ist der/die Patient/-in dialysepflichtig?

Ja Nein Unbekannt

29. Bitte geben Sie alle weiteren Erkrankungen an (siehe **Hinweisblatt).**

Diagnose	ICD-10 Code (ICD-10 Code, einer oder mehrere für die Beschreibung der Krankheit)	Diagnosensicherheit (G, V.a., Z.n., A)	Tag Monat Jahr		
			Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LABORDATEN

Sie können Labordaten auch gerne in gedruckter Form anheften, anstatt diese einzutragen.

30. HIV-RNA-Nachweise (Viruslast)

Datum

**Verwendetes Testverfahren
bitte eindeutig angeben**

<input type="checkbox"/>	Kopien/ml	Tag	Monat	Jahr	
größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)					
<input type="checkbox"/>	Kopien/ml	Tag	Monat	Jahr	
größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)					
<input type="checkbox"/>	Kopien/ml	Tag	Monat	Jahr	
größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)					
<input type="checkbox"/>	Kopien/ml	Tag	Monat	Jahr	
größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)					
<input type="checkbox"/>	Kopien/ml	Tag	Monat	Jahr	
größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)					
<input type="checkbox"/>	Kopien/ml	Tag	Monat	Jahr	
größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)					

zu Frage 30 bitte ankreuzen (siehe **Hinweisblatt**)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> m2000rt Real Time HIV, Abbott | <input type="radio"/> Cobas TaqMan II/Cobas Ampliprep, Roche | <input type="radio"/> Alinity m HIV-1 Assay, Abbott |
| <input type="radio"/> Xpert HIV-1 Viral Load, Cepheid | <input type="radio"/> Cobas 4800/ 6800/ 8800, Roche | <input type="radio"/> Aptima HIV-1 Quant Dx, Hologic |
| <input type="radio"/> Artus HI Virus-1, Qiagen | <input type="radio"/> Andere: _____ | |

Sie können Labordaten auch gerne in gedruckter Form anheften, anstatt diese einzutragen.

31. Weitere Laborwerte

Bitte geben Sie das Blutentnahmedatum und den entsprechenden Wert an (siehe **Hinweisblatt**).

	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
CD4 Absolut												
CD4 Prozent												
CD8 Absolut												
CD8 Prozent												
Lymphozyten gesamt (pro µl)	<small>Referenzbereich</small>											
Thrombozyten (nl)	<small>Referenzbereich</small>											
Neutrophile gesamt (pro µl)	<small>Referenzbereich</small>											
Kreatinin	<small>Einheit</small>	<small>Referenzbereich</small>										
Albumin	<small>Einheit</small>	<small>Referenzbereich</small>										
GOT (AST) (U/l)	<small>Referenzbereich</small>											
GPT (ALT) (U/l)	<small>Referenzbereich</small>											
Cholesterin	<small>Einheit</small>	<small>Referenzbereich</small>										
HDL	<small>Einheit</small>	<small>Referenzbereich</small>										
LDL	<small>Einheit</small>	<small>Referenzbereich</small>										
HbA1c	<small>Einheit</small>	<small>Referenzbereich</small>										

ANTIRETROVIRALE THERAPIE

32. Hat der/die Patient/-in (jemals) eine Präexpositionsprophylaxe (PrEP) erhalten?

Ja
 auf Dauer angelegt
 als On Demand Prophylaxe
 Nein
 Unbekannt

Regime

Beginn der ersten Einnahme

Ende

PrEP

	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	□ □	□ □	□ □ □ □	□ □	□ □	□ □ □ □

33. Bekommt/bekam der/die Patient/-in (jemals) eine antiretrovirale Therapie?
 Ja
 Nein
 Unbekannt

Falls ja, welche Regime (z. B. F/TAF/DRVr oder Descovy/Prezista/Norvir) werden/wurden dem/der Patienten/-in verabreicht? Bitte auch Therapiepausen und Unterbrechungen angeben.

Regime

Beginn

Ende

Grund der Beendigung
(Bitte mit Angabe, welches Medikament ursächlich ist)

PEP /
Prophylaxe vertikaler Transmission

	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	□ □	□ □	□ □ □ □	□ □	□ □	□ □ □ □

FIRSTLINE-REGIME

	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	□ □	□ □	□ □ □ □	□ □	□ □	□ □ □ □

REGIME/PAUSE

	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	□ □	□ □	□ □ □ □	□ □	□ □	□ □ □ □

REGIME/PAUSE

	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	□ □	□ □	□ □ □ □	□ □	□ □	□ □ □ □

Falls der/die Patient/-in an einer HIV-Medikamentenstudie teilnimmt: An welcher?

AKTUELLER STATUS HEPATITIS B UND C

34. Hepatitis B – Impfstatus

Wurde der/die Patient/-in jemals gegen Hepatitis B geimpft (mindestens eine Impfdosis)?

<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	→	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	□ □	□ □	□ □ □ □	→	<input type="checkbox"/>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	□ □	□ □	□ □ □ □
Tag	Monat	Jahr															
□ □	□ □	□ □ □ □															
Tag	Monat	Jahr															
□ □	□ □	□ □ □ □															
		Datum der ersten Impfung			Datum der letzten Impfung												
			Anzahl der Impfdosen														

Mit welchem Vorgehen wurde der/die Patient/-in geimpft ?

- HAV/HBV-Kombination
 HAV und HBV getrennt
 Nur HBV
 Unbekannt

Wurde eine Impfkontrolle durchgeführt? Falls ja, wie hoch war der zuletzt gemessene Impftiter?

<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	→	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	□ □	□ □	□ □ □ □	→	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	□ □	□ □	□ □ □ □	Units/l
Tag	Monat	Jahr															
□ □	□ □	□ □ □ □															
Tag	Monat	Jahr															
□ □	□ □	□ □ □ □															
		Datum der letzten Impfkontrolle			Anti-HBs-Impftiter												

35. Hepatitis B – Serologie (zuletzt gemessene Werte, siehe **Hinweisblatt**)

				Tag	Monat	Jahr
a. Anti-HBs	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
b. HBs-Ag	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
c. Anti-HBc	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
d. Anti-HBc-IgM	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
e. Anti-HBe	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
f. HBeAg	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
g. HBV-DNA	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □

36. Hepatitis C – Serologie (zuletzt gemessene Werte, siehe **Hinweisblatt**)

				Tag	Monat	Jahr
a. Anti-HCV	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
b. Anti-HCV-Bestätigung	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Fraglich	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □ □ □
c. HCV-RNA	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □
d. HCV-Antigen (HCV-AG)	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Nicht getestet	□ □	□ □	□ □ □ □

Nachfolgende Fragen nur bei vorliegender Hepatitis B oder C Infektion ausfüllen

Angaben zu klinischen Faktoren, Verlauf von Hepatitis B oder C können Sie auch gerne in gedruckter Form anheften.

KLINISCHE FAKTOREN BEI VORLIEGENDER HEPATITIS B ODER C

37. Klinische Chemie (bitte jeweils letzten verfügbaren Wert angeben)

	Wert	Einheit	Tag	Monat	Jahr
a. GOT (AST)	Wurde unter Nr. 31 bereits gefragt				
b. GPT (ALT)	Wurde unter Nr. 31 bereits gefragt				
c. gamma-GT	□ □ □ □ □ □ □ □	_____	□ □	□ □	□ □ □ □
d. Thrombozyten	Wurde unter Nr. 31 bereits gefragt				
e. Bilirubin	□ □ □ □ □ □ □ □	_____	□ □	□ □	□ □ □ □
f. Albumin	Wurde unter Nr. 31 bereits gefragt				
g. Quick-Wert	□ □ □ □ □ □ □ □	_____	□ □	□ □	□ □ □ □
h. Cholinesterase	□ □ □ □ □ □ □ □	_____	□ □	□ □	□ □ □ □
i. Alk. Phosphatase	□ □ □ □ □ □ □ □	_____	□ □	□ □	□ □ □ □
k. Kreatinin	Wurde unter Nr. 31 bereits gefragt				

KLINISCHE FAKTOREN BEI VORLIEGENDER HEPATITIS B ODER C

38. Gab es klinische Anzeichen einer akuten Hepatitis Infektion (z. B. Ikterus, Oberbauchschmerzen etc.) ?

Ja **→** Tag Monat Jahr
 Nein Datum des Symptombeginns
 Unbekannt

39. Fibrosierungsgrad nach Metavir-Score (siehe **Hinweisblatt**)

F0 F1 F2 F3 F4 Tag Monat Jahr

Mit welcher Methode wurde der Fibroisierungsgrad festgestellt?

Biopsie Fibroscan Andere _____ Unbekannt

40. Einflussfaktoren (siehe **Hinweisblatt**)

a. Hepatozelluläres Karzinom	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt	Tag	Monat	Jahr
b. Insulin-Resistenz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht getestet			
c. Vitamin-D-Defizienz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht getestet			
d. Rheumatischer Formenkreis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht getestet			
e. bisheriger IV-Drogengebrauch	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt			
f. Substitutionstherapie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt			
g. bisheriger Alkoholgebrauch	<input type="radio"/> Kein	<input type="radio"/> Mäßig	<input type="radio"/> Stark	<input type="radio"/> Alkoholabusus		

HEPATITIS B - Verlauf und Therapie

41. Wann wurde eine HBV-Infektion erstmals diagnostiziert?

Tag Monat Jahr

42. Welcher HBV-Genotyp liegt/lag bei dem/der Patient/-in vor?

A B C D E F G Nicht bestimmt

43. Heilte die HBV-Infektion spontan aus?

Ja Nein Unbekannt

44. Bekommt/bekam der/die Patient/-in eine Therapie gegen die HBV-Infektion?

Ja Nein Unbekannt Wird im Rahmen der HIV Therapie abgedeckt

Falls ja, welche Regime werden/wurden dem/der Patienten/-in verabreicht?
Bitte auch Therapiepausen und Unterbrechungen angeben.

Grund der Beendigung
(Bitte mit Angabe, welches
Medikament ursächlich ist)

Regime	Beginn	Ende	Grund der Beendigung
	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	
REGIME			
REGIME/PAUSE			

Falls der/die Patient/-in an einer HBV-Medikamentenstudie teilnimmt/-nahm: an welcher?

45. HBV-DNA-Nachweise (Viruslast)

Verwendetes Testverfahren
(siehe **Hinweisblatt**)

größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)	Kopien/ml	Datum		
		Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

HEPATITIS C – Verlauf und Therapie

46. Wann wurde eine HCV-Infektion erstmals diagnostiziert?

Tag Monat Jahr

47. Welcher IL28B-Genotyp (rs12979860) liegt bei dem/der Patient/-in vor?
 C/C C/T T/T Nicht bestimmt

48. Welcher HCV-Genotyp lag bei dem/der Patient/-in vor?
 1a 1b 2 3 4 5 Andere

Tag Monat Jahr

 Nicht bestimmt

49. Heilte die HCV-Infektion spontan aus? Ja Nein Unbekannt
 50. Bekommt/bekam der/die Patient/-in eine Therapie gegen die HCV-Infektion? Ja Nein Unbekannt

Falls ja, welche Regime werden/wurden dem/der Patienten/-in im Rahmen der aktuellen Therapie verabreicht?
 Bitte geben Sie die Therapieregime getrennt nach Therapiestrecken mit direkt wirksamer antiviraler Therapie (DAA) und IF/RBV-Therapie an. Bitte geben Sie ebenfalls Therapieunterbrechungen getrennt an.

Regime	Beginn			Ende			Grund der Beendigung (Bitte mit Angabe, welches Medikament ursächlich ist)
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	
REGIME	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
REGIME/PAUSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
REGIME/PAUSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
REGIME/PAUSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Falls der/die Patient/-in an einer HCV-Medikamentenstudie teilnimmt/-nahm: an welcher?

51. HCV-RNA-Nachweise (Viruslast)

größer (→), kleiner (-) oder gleich (=)	Kopien/ml	Datum			Verwendetes Testverfahren (siehe Hinweisblatt)
		Tag	Monat	Jahr	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

HEPATITIS C – weitere Infektionen

52. Gibt/gab es eine weitere HCV-Infektion? Ja Nein Unbekannt

53. Falls ja, wann wurde diese HCV-Infektion diagnostiziert?
Tag Monat Jahr

54. Welcher IL28B-Genotyp (rs12979860) liegt bei dem/der Patienten/-in vor?
 C/C C/T T/T Nicht bestimmt

55. Welcher HCV-Genotyp liegt/lag bei dem/der Patienten/-in vor?
 1a 1b 2 3 4 5
Andere Tag Monat Jahr
 Nicht bestimmt

56. Heilte die HCV-Infektion spontan aus? Ja Nein Unbekannt

57. Bekommt/bekam der/die Patient/-in eine Therapie gegen die HCV-Infektion? Ja Nein Unbekannt

Falls ja, welche Regime werden/wurden dem/der Patienten/-in im Rahmen der aktuellen Therapie verabreicht?
 Bitte geben Sie die Therapieregime getrennt nach Therapiestrecken mit direkt wirksamer antiviraler Therapie (DAA) und IF/RBV-Therapie an. Bitte geben Sie ebenfalls Therapieunterbrechungen getrennt an.

Regime	Beginn			Ende			Grund der Beendigung (Bitte mit Angabe, welches Medikament ursächlich ist)
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	
REGIME	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
REGIME/PAUSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
REGIME/PAUSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
REGIME/PAUSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Falls der/die Patient/-in an einer HCV-Medikamentenstudie teilnimmt/-nahm: an welcher?

58. HCV-RNA-Nachweise (Viruslast)

größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)	Kopien/ml	Datum			Verwendetes Testverfahren (siehe Hinweisblatt)
		Tag	Monat	Jahr	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

HINWEISBLATT

zum SK-Basisbogen Version 2023

Frage 9

Herkunftsland:

Das Herkunftsland ist das Land, in dem sich die betreffende Person Zeit ihres Lebens überwiegend aufgehalten hat. Dies muss nicht mit dem Geburtsland oder der Staatsangehörigkeit übereinstimmen.

Frage 14

HIV-Hochprävalenzländer

HIV-Hochprävalenzgebiete sind alle Länder, in denen die HIV-Prävalenz unter der erwachsenen Bevölkerung größer oder gleich 1% ist oder in früheren Berichten der WHO/UNAIDS mal war (Datenstand 2015). In der Liste finden Sie alle Hochprävalenzländer nach Region aufgeteilt.

Subsahara Afrika

Angola
Äquatorialguinea
Äthiopien
Benin
Botsuana
Burkina Faso
Burundi
Cabo Verde
Côte d'Ivoire
Eritrea
Gabun
Gambia
Ghana
Guinea
Guinea-Bissau
Kamerun
Kenia
Kongo
Kongo, Demokratische Republik
Lesotho
Liberia
Malawi
Mali
Mauritius
Mosambik
Namibia
Niger
Nigeria
Ruanda
Sambia
São Tomé u. Príncipe
Sierra Leone
Simbabwe
Südafrika
Südsudan
Swasiland
Tansania, Vereinigte Republik
Togo
Tschad
Uganda
Zentral-Afrikanische Republik

Osteuropa

Estland
Ukraine

Nordafrika & Mittlerer Osten

Dschibuti
Somalia
Sudan

Lateinamerika

Belize
Guyana
Honduras
Panama
Suriname

Karibik

Bahamas
Barbados
Dominikanische Republik
Haiti
Jamaika
Trinidad und Tobago

Ostasien & Ozeanien (Pazifik)

Papua-Neuguinea

Süd & Südostasien

Kambodscha
Thailand

<p>Frage 11</p> <p>Frage 30</p>	<p>Verwendete <u>HIV-1-RNA-Testverfahren</u> sind u.a. (bitte eindeutig angeben):</p> <p>m2000rt Real Time HIV, Abbott Cobas TaqMan II/Cobas Ampliprep, Roche Xpert HIV-1 Viral Load, Cepheid Artus HI Virus-1, Qiagen Cobas 4800/ 6800/ 8800, Roche Aptima HIV-1 Quant Dx, Hologic Alinity m HIV-1 Assay, Abbott</p>
<p>Frage 12</p>	<p>In 30-50% der Fälle tritt ein akutes Serokonversionssyndrom (Stadium A1 bis A2) auf. Bereits wenige Tage bis sechs Wochen nach der Infektion (selten später) kann eine dem Pfeifferschen Drüsenfieber ähnliche Erkrankung, das Serokonversionssyndrom, beobachtet werden.</p> <p>Das akute Serokonversionssyndrom wird unter anderem gekennzeichnet durch die folgenden Symptome (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber • Lymphknotenschwellung • Allgemeines Krankheitsgefühl • Pharyngitis • Exanthem • Diarrhöe ohne Erregernachweis • Gelenk- und Muskelschmerzen • Kopfschmerzen und Benommenheit
<p>Frage 18</p>	<p>Als gesichert gelten histologisch bzw. mikrobiologisch bestätigte Diagnosen.</p>
<p>Frage 19-28</p>	<p>Bitte geben Sie hier die ICD-10 Codes, das Diagnosedatum und Angaben zur Diagnosesicherheit in den jeweiligen Kategorien an.</p> <p>Um Ihnen Arbeit zu ersparen, können Sie uns auch die Daten zu Diagnosen (Dauerdiagnosen und Kurzdiagnosen der letzten 8 Quartale) ausgedruckt anheften. Wir nehmen dann die Zuordnung für Sie vor. Bitte achten Sie darauf, dass auf dem Ausdruck identifizierbare Merkmale (z.B. Name) des/der Patient/-in abgeschnitten sein müssen.</p>
<p>Frage 29</p>	<p>Bitte geben Sie hier <u>alle</u> weiteren Erkrankungen an, die diagnostiziert wurden. Bitte geben Sie als Freitext die Diagnose, deren ICD-10-Code, das Diagnosedatum, sowie die Diagnosesicherheit an. Nur Diagnosen von Hepatitis B und C müssen an dieser Stelle nicht angegeben werden, da Daten hierzu detailliert ab Frage 34 erhoben werden.</p> <p>Angaben zur Diagnosesicherheit können folgendermaßen abgekürzt werden:</p> <p>G gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V.a. oder Z.n. nicht zutreffen) V.a. Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose Z.n. (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A ausgeschlossene Diagnose</p>
<p>Frage 31</p>	<p>Bitte geben Sie die jeweiligen Laborwerte mit dem dazugehörigen Datum an. Zu einigen Werten geben Sie bitte auch die Einheit und den Referenzbereich an.</p> <p>Um Ihnen Arbeit zu ersparen, können Sie uns auch die Laborwerte ausgedruckt anheften. Wir nehmen dann die Zuordnung für Sie vor. Bitte achten Sie darauf, dass auf dem Ausdruck identifizierbare Merkmale (z.B. Name) des/der Patient/in abgeschnitten sein müssen.</p>
<p>Frage 35</p>	<p>Frage 35 c: Die Testung auf anti-HBc kann entweder mit einem Kombitest auf anti-HBc-IgG/IgM oder mit einem Test nur auf anti-HBc-IgG durchgeführt worden sein.</p> <p>Frage 35 d: Für diese Testung kann nur ein Test auf anti-HBc-IgM verwendet werden.</p> <p>Fragen 35 e-g: Diese Werte werden üblicherweise gemessen, wenn eine HBV-Infektion vorliegt. Bitte eintragen, sofern hierzu Daten vorliegen.</p>

Frage 36	Sollten Sie einen HCV-Test verwenden, der die Differenzierung zwischen HCV-Antigen und HCV-Antikörper zulässt, geben Sie bitte das Ergebnis für HCV-Antigen unter Frage 36 d. an. Bei Verwendung kombinierter Antikörper-Antigen-HCV-Tests, die keine Differenzierung des Nachweises von Antigen oder Antikörper zulassen, geben Sie uns bitte das Ergebnis unter Frage 36 a. (anti-HCV) an.
Frage 39	Einteilung des Fibrosierungsgrads nach Metavir-Score: F0 = keine Fibrosierung F1 = portale Fibrose ohne Septum F2 = portale Fibrose mit wenigen Septa F3 = zahlreiche Septa ohne Zirrhose F4 = Zirrhose
Frage 40	Eine Insulinresistenz des/der Patient/-in kann anhand einer labordiagnostischen Untersuchung (25-OHD < 30 ng/ml) oder auch anhand einer klinischen Einschätzung des Behandlers belegt sein.
Frage 45	Verwendete HBV DNA-Testverfahren sind u.a. (bitte eindeutig angeben): Cobas TaqMan II HBV/Cobas Ampliprep , Roche Real Time HBV , Abbott VERSANT HBV DNA 1.0 Assay (kPCR) , Siemens QIA Symphony RGQ-System , Qiagen
Frage 51 Frage 58	Verwendete HCV RNA-Testverfahren sind u.a. (bitte eindeutig angeben): Cobas TaqMan II HCV/Cobas Ampliprep , Roche Real Time HCV , Abbott VERSANT HCV DNA 1.0 Assay (kPCR) , Siemens QIA Symphony RGQ-System , Qiagen

Adresse:

Robert Koch-Institut
 Seestr. 10
 13353 Berlin

E-Mail: SerokonverterStudie.HIV@rki.de

Studienleitung:

Dr. Uwe Koppe (FG34, Epidemiologie),
 Tel.: 030-18754-2262

Dr. Karolin Meixenberger (FG18, Molekulare Epidemiologie),
 Tel.: 030-18754-2277