

Bitte zurücksenden an:
Robert Koch-Institut
FG18 HIV-Studienlabor
Seestr. 10
13353 Berlin

ROBERT KOCH INSTITUT



HIV-1 Serokonverterstudie

FOLLOW-UP

Stempel des Berichtenden (Zentrum)

Blutprobe an das Robert Koch-Institut geschickt? Ja Nein

Datum der Blutentnahme:

Tag	Monat	Jahr			

Therapiestatus zum Zeitpunkt der Blutentnahme:

 noch nie therapiert unter Therapie Therapiepause

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_005** (ab Okt 2021) oder **_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

*Um Mehrfachmeldungen erkennen zu können, wird eine fallbezogene Verschlüsselung aus Elementen des Vor- und Familiennamens des/der Patient/-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 H7B6, von Mühle-Ambach, Karl-Heinz E6R4

5. Geschlecht

Männl. Weibl. Divers ♂→♀ ♀→♂
trans

6. Geburtsdatum

Monat Jahr

7. PLZ

(erste drei Ziffern)

8. Wohnsitz _____

Bundesland

Patient/-in ist lost to follow up Bemerkung: _____

Klinische Daten

9. Letzte Vorstellung des/der Patienten/-in in Ihrer Einrichtung

Tag Monat Jahr

10. Ist der/die Patient/-in verstorben? Ja Nein Unbekannt

11. Sterbedatum

Tag Monat Jahr

12. Obduktion erfolgt? Ja Nein Unbekannt

13. Was ist die Todesursache? _____ Unbekannt

14. War der Tod HIV-bedingt? Ja Nein Möglicherweise

CDC-KLASSIFIKATION und weitere klinische Diagnosen

15. 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

16. Bitte geben Sie alle Diagnosen (siehe **Hinweisblatt**) an, die seit dem letzten Bericht neu diagnostiziert oder die seit dem letzten Bericht abschließend behandelt wurden. Bestehende und bereits früher berichtete Dauerdiagnosen müssen nicht erneut berichtet werden.

Sie können die Daten zu Diagnosen auch gerne ausgedruckt anheften, anstatt diese einzutragen.

Diagnose	ICD-10 Code (ICD-10 Code, einer oder mehrere für die Beschreibung der Krankheit)	Diagnosensicherheit (G, V.a., Zn., A)	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"/>

LABORDATEN

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

17. HIV-RNA-Nachweise (Viruslast)

Datum

**Verwendetes Testverfahren
bitte eindeutig angeben**

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

zu Frage 17 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.

18. Weitere Laborwerte

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

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

ANTIRETROVIRALE THERAPIE

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

- Therapie unverändert seit letzter Meldung Ja
- Bei Änderung/Neubeginn: welche Regime (z. B. TDF/FTC/DTG oder Truvada/ Tivicay) werden/wurden dem/der Patienten/-in verabreicht? Bitte auch Therapiepausen und Unterbrechungen angeben.

Regime

Beginn

Ende

Prophylaxe vertikaler
Transmission

	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"/>

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

FIRSTLINE-REGIME

	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"/>

REGIME/PAUSE

	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"/>

REGIME/PAUSE

	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"/>

REGIME/PAUSE

	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"/>

REGIME/PAUSE

	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"/>

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

AKTUELLER STATUS HEPATITIS B UND C

20. Hepatitis B – Impfstatus

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

- Ja →

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum der ersten Impfung
 Anzahl der Impfdosen

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum der letzten Impfung
- Nein
 Keine Impfung im Berichtszeitraum
 Unbekannt

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

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

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

- Ja →

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum der letzten Impfkontrolle
→

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Units/l
Anti-HBs-Impftiter
- Nein
 Unbekannt

AKTUELLER STATUS HEPATITIS B UND C

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

Keine Testung seit dem letzten Bericht

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

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 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 |

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"/>

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

Keine Testung seit dem letzten Bericht

- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 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 | |

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"/>

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**23. Klinische Chemie (bitte jeweils letzten verfügbaren Wert angeben)**

	Wert	Einheit	Tag	Monat	Jahr
a. GOT (AST)		Wurde unter Nr. 18 bereits gefragt			
b. GPT (ALT)		Wurde unter Nr. 18 bereits gefragt			
c. gamma-GT	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Thrombozyten		Wurde unter Nr. 18 bereits gefragt			
e. Bilirubin	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Albumin		Wurde unter Nr. 18 bereits gefragt			
g. Quick-Wert	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Cholinesterase	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i. Alk. Phosphatase	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k. Kreatinin		Wurde unter Nr. 18 bereits gefragt			

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

- Ja
 Nein
 Unbekannt



Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum des Symptombeginns

25. Fibrosierungsgrad nach Metavir-Score (siehe Hinweisblatt)

F0
 F1
 F2
 F3
 F4

Tag Monat Jahr

Mit welcher Methode wurde der Fibrosierungsgrad festgestellt?

Biopsie
 Fibroscan
 Andere
 Unbekannt

26. Einflussfaktoren (siehe Hinweisblatt)

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

HEPATITIS B - Verlauf und Therapie

27. Wann wurde eine HBV-Infektion erstmals diagnostiziert?

Tag Monat Jahr

28. Welcher HBV-Genotyp liegt/lag bei dem/der Patienten/-in vor?

A
 B
 C
 D
 E
 F
 G
 Nicht bestimmt

29. Heilte die HBV-Infektion spontan aus?

Ja
 Nein
 Unbekannt

30. 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			
	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 HBV-Medikamentenstudie teilnimmt/-nahm: an welcher?

31. HBV-DNA-Nachweise (Viruslast)

Verwendetes Testverfahren
(siehe Hinweisblatt)

Größer (>), kleiner (<) oder gleich (=)	Kopien/ml	Datum			
		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"/>	_____

HEPATITIS C – Verlauf und Therapie

32. Beschreiben die folgenden Daten den weiteren Verlauf einer bereits in einem früheren Bericht begonnenen HCV-Episode?

- Ja → Bitte weiter mit Frage 36
- Nein ↓

33. Wann wurde die HCV-Infektion diagnostiziert?
Tag Monat Jahr

34. Welcher IL28B-Genotyp (rs12979860) liegt bei dem/der Patient/-in vor?

- C/C C/T T/T Nicht bestimmt

35. Welcher HCV-Genotyp lag bei dem/der Patient/-in vor?

- 1a 1b 2 3 4 5
Andere Tag Monat Jahr
- Nicht bestimmt

36. Heilte die HCV-Infektion spontan aus? Ja Nein unbekannt

37. 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"/>	
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?

38. 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"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

HINWEISBLATT

zum SK-Follow Up-Bogen Version 2023

Frage 15	Als gesichert gelten histologisch bzw. mikrobiologisch bestätigte Diagnosen.
Frage 16	<p>Bitte geben Sie hier <u>alle</u> weiteren Erkrankungen an, die im aktuellen Berichtszeitraum 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 20 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>
Frage 17	<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>
Frage 18	<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>
Frage 21	<p>Frage 21 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 21 d: Für diese Testung kann nur ein Test auf anti-HBc-IgM verwendet werden.</p> <p>Fragen 21 e-g: Diese Werte werden üblicherweise gemessen, wenn eine HBV-Infektion vorliegt. Bitte eintragen, sofern hierzu Daten vorliegen.</p>
Frage 22	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 39 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 39 a. (anti-HCV) an.
Frage 25	<p>Einteilung des Fibrosierungsgrads nach Metavir-Score:</p> <p>F0 = keine Fibrosierung F1 = portale Fibrose ohne Septum F2 = portale Fibrose mit wenigen Septa F3 = zahlreiche Septa ohne Zirrhose F4 = Zirrhose</p>
Frage 26	Eine Insulinresistenz des/der Patient/-in kann anhand einer labordiagnostischen Untersuchung oder auch anhand einer klinischen Einschätzung des Behandlers belegt sein.
Frage 31	<p>Verwendete HBV DNA-Testverfahren sind (bitte eindeutig angeben):</p> <p>Cobas TaqMan II HBV/Cobas Ampliprep, Roche Real Time HBV, Abbott VERSANT HBV DNA 1.0 Assay (kPCR), Siemens QIASymphony RGQ-System, Qiagen</p>
Frage 38	<p>Verwendete HCV RNA-Testverfahren sind (bitte eindeutig angeben):</p> <p>Cobas TaqMan II HCV/Cobas Ampliprep, Roche Real Time HCV, Abbott VERSANT HCV DNA 1.0 Assay (kPCR), Siemens QIASymphony RGQ-System, Qiagen</p>

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