

Dokumentationsbogen

- Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre) z.B. bakterielle Infektionen (multiple, rezidivierend und mehr als eine Infektion in 2 Jahren), chronisch lymphoide interstitielle Pneumonie

Koinfektionen (Hepatitis B, Hepatitis C):

Prophylaxemaßnahmen zur Verhinderung von z.B.:

Pneumocystitis jiroveci-Pneumonie (PJP)	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Candidiasis	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
zerebrale Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
ggf. Sonstige:	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Impfstatus:

Tetanus	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Diphtherie	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Polio	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Influenza	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Veranlassung von Maßnahmen zu Abklärung eines/einer:

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
CMV-Retinitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Analkarzinom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zervixkarzinom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Dokumentationsbogen

Antiretrovirale Therapie:

- Durchgeführte Regime (z.B. TVD/ATV/r) im Berichtsquartal (jeweils Datum von Beginn und Ende, ggf. Grund der jeweiligen Beendigung sowie Angabe, ob in den angegebenen Regimen ein Fristline-Regime enthalten ist)

Resistenztestung (Monat/Jahr)

erfolgt

nicht durchgeführt

nicht bekannt

Besonderheiten:

Ich bestätige die Übereinstimmung der eingereichten Dokumentationen mit der originären Patientenakte.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift