

PRIJAVA OKUŽBE S HIV /AIDSA

Prijava diagnoze okužbe s HIV in aidsa je obvezna v skladu z Zakonom o nalezljivih boleznih (Ur. l. RS št. 33/2006) in Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Ur. l. RS št. 65/2000). Okužbo s HIV in/ali aids prijavi zdravnik, ki je postavil diagnozo oziroma javni zdravstveni zavod ter druge pravne in fizične osebe v zdravstveni dejavnosti ne glede na koncesijo sprotno na NIJZ. Prijavo izpolnite v skladu z anamnestičnimi in heteroanamnestičnimi podatki ter po svoji presoji oz. ocenite prazne kvadratke pred ustreznimi ponujenimi možnostmi oziroma vpišite s tiskanimi črkami (razen komentarja) v prazna polja. Datume vpišite kot dan, mesec in leto (dd/mm/llll). Pri posamezni spremenljivki je običajno možen le en odgovor. Če je možnih več ponujenih odgovorov, je to navedeno. Na prijavi so vsi izrazi za osebe napisani v moški spolni slovnični obliki in se kot nevtralni uporabljajo za moške in za ženske. Za dodatna pojasnila se obrnite na hivspohep@nijz.si ali 01 2441400.

DIAGNOZA OB PRIJAVI (možnih več odgovorov):	<input type="checkbox"/> HIV (ne aids) <input type="checkbox"/> aids <input type="checkbox"/> smrt-HIV <input type="checkbox"/> smrt-aids	STATUS PRIJAVE: <input type="checkbox"/> nova <input type="checkbox"/> dopolnitev	DATUM IZPOLNITVE PRIJAVE:
PRIJAVITELJ (ime in priimek tiskano):	ZDRAVSTVENA ORG.:		

DEMOGRAFSKI PODATKI

SOUNDEX:	DATUM ROJSTVA:	SPOL: <input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženska <input type="checkbox"/> transeksualec	OBČINA: (trenutnega prebivališča):
DRŽAVA PREBIVALIŠČA: <input type="checkbox"/> Slovenija <input type="checkbox"/> drugo (vpišite):	DRŽAVLJANSTVO: <input type="checkbox"/> slovensko <input type="checkbox"/> drugo (vpišite):	DRŽAVA ROJSTVA: <input type="checkbox"/> Slovenija <input type="checkbox"/> drugo (vpišite):	Leto priselitve v Slovenijo (vpišite):
ZAKONSKI STAN (označi vse kar velja): <input type="checkbox"/> samski <input type="checkbox"/> trenutno poročen <input type="checkbox"/> ovdovel <input type="checkbox"/> razvezan <input type="checkbox"/> nikoli v izvenzakonski skupnosti <input type="checkbox"/> prej v izvenzakonski skupnosti <input type="checkbox"/> trenutno v izvenzakonski skupnosti <input type="checkbox"/> neznano	DELO, KI GA OPRAVLJA:		

VITALNI STATUS IN PODATKI O SMRTI

VITALNI STATUS: <input type="checkbox"/> živ <input type="checkbox"/> mrtev <input type="checkbox"/> neznano	VZROK SMRTI:
DATUM SMRTI:	<input type="checkbox"/> miokardni infarkt <input type="checkbox"/> jetrna odpoved, ki ni povezana z virusnim hepatitisom oz. mitohondrialno toksičnostjo
OSNOVNI VZROK SMRTI (MKB10):	<input type="checkbox"/> cerebrovaskularni inzult <input type="checkbox"/> povezan s HIV, neopredeljeno <input type="checkbox"/> druga kardiovaskularna bolezen <input type="checkbox"/> povezan s HIV, aids dogodek <input type="checkbox"/> simptomi mitohondrialne toksičnosti <input type="checkbox"/> povezan s HIV, sepsa <input type="checkbox"/> laktatna acidoza <input type="checkbox"/> prekomeren odmerek prepovedane droge <input type="checkbox"/> posledica sladkorne bolezni <input type="checkbox"/> ledvična odpoved <input type="checkbox"/> vnetje trebušne slinavke <input type="checkbox"/> samomor <input type="checkbox"/> jetrna odpoved <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> posledica virusnega hepatitisa <input type="checkbox"/> neznano
NEPOSREDNI VZROK SMRTI (MKB10):	

LABORATORIJSKI PODATKI OB DIAGNOZI

DATUM ODVZEMA KUŽNINE S POTRJENIM LABORATORIJSKIM REZULTATOM OKUŽBE S HIV:	TIP HIV: <input type="checkbox"/> HIV 1 <input type="checkbox"/> HIV 1 in HIV 2 <input type="checkbox"/> HIV 2 <input type="checkbox"/> neznano	PREDHODNI HIV STATUS: <input type="checkbox"/> neznan <input type="checkbox"/> pozitiven <input type="checkbox"/> negativen država (vpišite): datum (vpišite):	DATUM ZADNJEGA NEGATIVNEGA TESTA NA HIV: <input type="checkbox"/> medicinska dokumentacija <input type="checkbox"/> navedel bolnik <input type="checkbox"/> neznan
MESTO/OKOLIŠČINE TESTIRANJA: (ob prvem pozitivnem testu):	<input type="checkbox"/> testiranje v skupnosti <input type="checkbox"/> v programu za zmanjševanje škode/zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog <input type="checkbox"/> zapor ali pripor <input type="checkbox"/> samo-testiranje <input type="checkbox"/> samo-vzorčenje <input type="checkbox"/> ob darovanju krvi <input type="checkbox"/> drugo (vpišite): <input type="checkbox"/> neznano	PRVO ŠTEVILO CELIC CD4 (/mm ³): DATUM IZVIDA:	ODSTOTEK CELIC CD4 (%): DATUM IZVIDA:
<input type="checkbox"/> pri zdravniku družinske medicine <input type="checkbox"/> testirno mesto za HIV <input type="checkbox"/> ambulanta za spolno prenesene bolezni <input type="checkbox"/> ambulanta za infekcijske bolezni <input type="checkbox"/> urgencia <input type="checkbox"/> drugje v bolnišnici <input type="checkbox"/> presejanje nosečnic		PRVO VIRUSNO BREME (HIV RNA v plazmi; število kopij/ml): DATUM IZVIDA:	

VERJETEN ČAS IN DRŽAVA OKUŽBE

LETO OKUŽBE S HIV: (Najbolj verjetno) <input type="checkbox"/> ni možno določiti	DRŽAVA OKUŽBE: (Najbolj verjetna) <input type="checkbox"/> ni možno določiti
---	---

NAVODILA ZA UPORABO ŠIFRE SOUNDEX

- Napišite **prvo črko priimka**. Tej bodo sledile **3 številke**, ki jih boste določili po naslednjih pravilih:
B, F, P, V šifrirajte 1
C, Č, G, J, K, Q, S, Š, X, Z, Ž šifrirajte 2
D, T šifrirajte 3
L šifrirajte 4
M, N šifrirajte 5
R šifrirajte 6
Naslednjih črk ne šifrirajte: A, E, I, O, U, Y, H in W
- Soglasnike po začetni črki šifrirajte z odgovarjajočimi številkami, kot je to navedeno v 1. točki, po vrstnem redu pojavljanja v priimku. Npr. HOLMES H452; ADOMONI A355; KLAVS K412.
- Šifra ima vedno samo 3 številke. Ostale soglasnike v dolgih priimkih zanemarimo. Pri kratkih priimkih na preostalih mestih dodamo ničle. Npr. VONDERLEHR V536; SHAW S000; NOVAK N120; ŽIŽEK Ž200.
- Dvojne soglasnike ali sosednje soglasnike iz iste skupine črk upoštevamo kot enega samega. Npr. BALL B400; JACKSON J250; BAJC B200.
- Soglasnik, ki neposredno sledi začetnici priimka in je iz iste skupine črk, zanemarimo. Npr. SCANLON S545; GJERGJEK G622.
- Okrajšane predpone šifriramo, kot da bi jih v celoti izgovarjali. Npr. Mc ILHANEY (MACILHANEY) M245; St JOHN (SAINTJOHN) S532.
- Apostrof zanemarimo in dvojni priimek šifriramo kot enega samega. Npr. O'NEIL 540; EL ERYAN E465; KING-SMITH K525; NOVAK-BAJC N121.
- Soglasniki iz iste skupine črk, ki jih ločujeta samo W ali H, se upoštevajo kot en sam. Npr. BOOTH-DAVIS B312.

IZPOSTAVLJENOSTI, DEJAVNIKI TVEGANJA

<p>NAČIN PRENOSA OKUŽBE :</p> <p><input type="checkbox"/> spolni odnosi moškega z moškim/i</p> <p><input type="checkbox"/> heteroseksualni spolni odnosi (Izpolni »NAČIN HETEROSEKSUALNE OKUŽBE«)</p> <p><input type="checkbox"/> injiciranje nedovoljenih drog</p> <p><input type="checkbox"/> hemofilik</p> <p><input type="checkbox"/> prejemnik krvi ali krvnih pripravkov</p> <p><input type="checkbox"/> okužba po izpostavljenosti v zdravstvu</p> <p><input type="checkbox"/> perinatalni prenos z matere na otroka (Izpolni »NAČIN OKUŽBE MATERE«)</p> <p><input type="checkbox"/> neznano</p>	<p>NAČIN HETEROSEKSUALNE OKUŽBE:</p> <p><input type="checkbox"/> oseba iz države z visoko prevalenco</p> <p><input type="checkbox"/> partner iz države z visoko prevalenco</p> <p><input type="checkbox"/> partner biseksualni moški</p> <p><input type="checkbox"/> partner injicirajoč uživalec nedovoljenih drog</p> <p><input type="checkbox"/> partner hemofilik</p> <p><input type="checkbox"/> partner, ki ga je perinatalno okužila mati</p> <p><input type="checkbox"/> drug partner s potrjeno okužbo s HIV</p> <p><input type="checkbox"/> partner iz države, ki nima visoke prevalence</p> <p><input type="checkbox"/> najverjetneje heteroseksualno pridobljena okužba, a ni podatka o pripadnosti partnerja skupini z višjim tveganjem za okužbo z HIV in podatka o potrjeni okužbi partnerja s HIV</p>	<p>NAČIN OKUŽBE MATERE:</p> <p><input type="checkbox"/> oseba iz države z visoko prevalenco</p> <p><input type="checkbox"/> partner iz države z visoko prevalenco</p> <p><input type="checkbox"/> partner biseksualni moški</p> <p><input type="checkbox"/> partner injicirajoč uživalec nedovoljenih drog</p> <p><input type="checkbox"/> partner hemofilik</p> <p><input type="checkbox"/> drug partner s potrjeno okužbo s HIV</p> <p><input type="checkbox"/> najverjetneje heteroseksualno pridobljena okužba, a ni podatka o pripadnosti partnerja/ev skupini z višji tveganjem za okužbo z HIV in podatka o potrjeni okužbi s HIV partnerja/ev</p> <p><input type="checkbox"/> injiciranje nedovoljenih drog</p> <p><input type="checkbox"/> prejemnica krvi ali krvnih pripravkov</p> <p><input type="checkbox"/> okužba po izpostavljenosti v zdravstvu</p> <p><input type="checkbox"/> neznano</p>
<p>DODATNI PODATKI O IZPOSTAVLJENOSTI: (Npr. prostitucija, plačevanje za spolnost in podobno ter časovna opredelitev izpostavljenosti.)</p>		

KLINIČNI PODATKI

<p>STADIJ OKUŽBE PO ECDC:</p> <p><input type="checkbox"/> primarna okužba s HIV (izpolni »AKUTNA OKUŽBA«)</p> <p><input type="checkbox"/> asimptomatska okužba s HIV</p> <p><input type="checkbox"/> simptomatska okužba s HIV, ne aids</p> <p><input type="checkbox"/> aids</p> <p><input type="checkbox"/> neznano</p>	<p>AKUTNA OKUŽBA PO ECDC: (več možnih odgovorov):</p> <p><input type="checkbox"/> skladno z rezultatom testiranja na p24 antigen</p> <p><input type="checkbox"/> skladno z rezultatom Western Blot testa</p> <p><input type="checkbox"/> negativen test na HIV v zadnjih 6 mesecih</p> <p><input type="checkbox"/> bolezen ob serokonverziji</p> <p><input type="checkbox"/> dokazana z laboratorijskim testom</p> <p><input type="checkbox"/> ni dodatnih dokazov akutne okužbe</p> <p><input type="checkbox"/> neznano</p>	<p>STADIJ OKUŽBE S HIV po CDC</p> <p><input type="checkbox"/> stadij 0</p> <p><input type="checkbox"/> stadij 1</p> <p><input type="checkbox"/> stadij 2</p> <p><input type="checkbox"/> stadij 3</p>	<p>DATUM DIAGNOZE:</p> <p>PROTIRETROVIRUSNO ZDRAVLJENJE PO DIAGNOZI OKUŽBE S HIV:</p> <p><input type="checkbox"/> Da, takoj</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, a načrtovano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, odloženo</p>
<p>INDIKATORSKE DIAGNOZE ZA AIDS (več možnih odgovorov):</p> <p><input type="checkbox"/> Bakterijske infekcije: številne, ponavljajoče se (<13 let)</p> <p><input type="checkbox"/> Citomegalovirusna bolezen: izven jeter, vranice, bezgavk (> 1 mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Citomegalovirusni retinitis (z izgubo vida)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simplex: kronična(e) ulceracija(e) (trajajoča(e) > 1 mes) ali bronhitis pnevmonitis ali ezofagitis (pri bolniku > 1 mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Histoplazmoza: razsoj ali izven pljuč</p> <p><input type="checkbox"/> HIV encefalopatija (demenca)</p> <p><input type="checkbox"/> Izosporiaza: kronična črevesna (trajajoča > 1 mesec)</p> <p><input type="checkbox"/> Kandidiaza: sapnik, sapnice, pljuča</p> <p><input type="checkbox"/> Kandidaza: požiralnik</p> <p><input type="checkbox"/> Kaposijev sarkom</p> <p><input type="checkbox"/> Karcinom materničnega vratu: invaziven</p> <p><input type="checkbox"/> Kokcidioidomikoza: razsoj ali izven pljuč</p> <p><input type="checkbox"/> Kriptokokoza: izven pljuč</p> <p><input type="checkbox"/> Kriptosporidioza: kronična črevesna (trajajoča >1 mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Limfoidna intersticijska pljučnica in/ali pljučna limfoidna hiperplazija (<13 let)</p> <p><input type="checkbox"/> Limfom: Burkittov</p> <p><input type="checkbox"/> Limfom: imunoblasten</p> <p><input type="checkbox"/> Limfom: primarni v možganih</p> <p><input type="checkbox"/> Limfom neopredeljen</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium avium</i> kompleks ali <i>M. Kansassii</i> razsoj ali izven pljuč</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pljuča (pri odraslem ali odraščajočem >13 let)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> razsoj ali izven pljuč</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium, druge species ali neidentificirane species</i>: razsoj ali izven pljuč</p> <p><input type="checkbox"/> Oportunistična/e infekcija/e, neopredeljene</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis jirovecii</i> pljučnica (PCP)</p> <p><input type="checkbox"/> Pljučnice: ponavljajoče se v obdobju 12 mesecev</p> <p><input type="checkbox"/> Progressivna multilokalna levkoencefalopatija</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonela (ne tifoidna): septikemija, ponavljajoča se</p> <p><input type="checkbox"/> Sindrom propada zaradi HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Toksoplazmoza možgan</p>			

PODATKI OB ZADNJEM OBISKU PRI ZDRAVNIKU V ZVEZI Z OKUŽBO S HIV (samo ob prijavi aidsa in/ali smrti)

<p>DATUM ZADNJEGA OBISKA:</p>	<p>ZADNJE ŠTEVILO CD4 CELIC (/mm³):</p> <p>DATUM ZADNJEGA IZVIDA:</p>	<p>ZADNJE VIRUSNO BREME (število kopij/ml):</p> <p>DATUM ZADNJEGA IZVIDA:</p>
<p>PROTIRETROVIRUSNO ZDRAVLJENJE: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Neznano</p>		<p>REZISTENCA: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Neznano</p>

SOČASNE OKUŽBE OB DIAGNOZI OKUŽBE S HIV (več možnih odgovorov):

<p><input type="checkbox"/> genitalne bradavice (HPV)</p> <p><input type="checkbox"/> sifilis (<i>Treponema pallidum</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> hepatitis B (HBV)</p> <p><input type="checkbox"/> gonoreja (<i>Nisseria gonorrhoeae</i>)</p>	<p><input type="checkbox"/> hepatitis C (HCV)</p> <p><input type="checkbox"/> klamidijska okužba (<i>Chlamydia trachomatis</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> genitalni herpes (HSV)</p> <p><input type="checkbox"/> druge okužbe, navedite:</p>
--	--

KOMENTAR

Vpišite dodatne informacije, na primer dodatne demografske značilnosti (narodnostna pripadnost, etična pripadnost, če ne gre za Slovenca), podatke o dodatnih laboratorijskih izvidih, če so na voljo (npr. znana rezistenca na protiretrovirusna zdravila), o izpostavljenosti v drugih državah in čas bivanja v tujini), znanih kontaktih, klinični sliki, zdravljenju (npr. o vrsti in trajanju, o profilaksi), o svetovanju in naporitvah ali druge podatke, ki se vam zdijo pomembni.

Izpolnjeno prijavo v pisemski ovojnici pošljete na naslov:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za nalezljive bolezni, Skupina HIV, SPO in hepatitis, Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana s pripisom »OSEBNI PODATKI«.