

Dokumentation nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids

Beobachtungs-/behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen möglichst mit ICD-10 Kodierung:

Opportunistische Infektionen:	1.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	2.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	3.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Malignome:	1.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	2.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	3.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	4.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Sonstige Aids-definierende Syndrome (z.B. Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom)	1.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	2.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	3.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	4.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre)	Bakterielle Infektionen, multiple, rez. (> 1 in 2 Jahren)	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	Chronische lymphoide interstitielle Pneumonie	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Coinfektionen:	Hepatitis B	Hepatitis C
-----------------------	-------------	-------------

Prophylaxemaßnahmen:

Zur Verhinderung von pneumocystis jiroveci Pneumonie (PJP) Candidiasis zerebrale Toxoplasmose	Sonstiges <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
---	---

Impfstatus überprüft Bei fehlender Immunisierung Auffrischung durchgeführt: Tetanus Hepatitis A Influenza Pneumokokken	Immunisierung reicht aus Diphtherie Hepatitis B Pertussis Polio
---	--

Screening-Maßnahmen:

Im Berichtsquartal nicht angefallen

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Analkarzinom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Monat	Jahr		Monat	Jahr
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hautkrebs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Monat	Jahr		Monat	Jahr
CMV-Retinitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zervixkarzinom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Monat	Jahr		Monat	Jahr

Antiretrovirale Therapie:

Durchgeführte Regime: (z.B. TVD / ATV/r)		Grund der Beendigung	Aktuellste APT	Beginn:	Ende:
1.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
2.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
3.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
4.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
5.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
6.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
7.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
8.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
9.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
10.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
11.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr

Dokumentation nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids

Begründung für
nicht durchgeführte Untersuchungen bzw. Angaben von Besonderheiten zur Behandlung

Besonderheiten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes (Stempel)