

Lovpligtig indberetning af ny diagnosticerede HIV-personer

(jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 277 af 14. april 2000)

40006

Nedenstående skal altid udfyldes af laboratoriet

(Afriv bagerste kopi og send skema videre til læge)

Laboratorium

Laboratoriets navn: _____ Prøvesvar afsendt: dato _____ Dato for sidste **negative** HIV-test: _____

Sendt til: _____ (Hospitalsafdeling/læge)

Patientens navn: _____ CPR-nummer: _____ 1)

Nedenstående skal altid udfyldes af indberettende læge

Læge

1. Hvornår blev aktuelle blodprøve indsendt

_____ Dag _____ Måned _____ År

2. Køn

Mand ☐

Kvinde ☐

Er kvinden gravid ☐

Ja ☐

Nej ☐

Uoplyst ☐

3. Kommune/ postnummer: _____

4. Patienten er aldrig HIV-testet tidligere ²⁾ ☐ (gå til pkt. 6)

5. Hvis tidligere HIV-testet:

Sidste negative test ³⁾ _____ Uoplyst ☐

Måned _____

År _____

Første positive test ³⁾ _____ Uoplyst ☐

Måned _____

År _____

Er patienten tidligere testet HIV-positiv i Danmark

Ja ☐

Nej ☐

Uoplyst ☐

6. Årsag til undersøgelsen

Patientens initiativ pga. eksponering ☐ Gravid screening ☐

Patientens initiativ pga. symptomer ☐ Kontaktopsporing ☐

Lægens initiativ ud fra risikovurdering ☐ Nyfødt under udredning ☐

Lægens initiativ pga. symptomer ☐ Konfirmatorisk test ☐

Andet: _____

Ved symptomer, hvilke ⁴⁾ _____

7. Har patienten symptomer på primær HIV-infektion ⁵⁾

Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐

Har patienten AIDS

Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐

Hvis ja, angiv symptom _____

8. CD4 celle tælling diagnose _____ antal/µl blod

9. HIV RNA (viral load) _____ c/ml

Formodet smittetidspunkt: _____

Såfremt der foreligger en tidligere HIV-indberetning af patienten, skal nedenstående ikke udfyldes ⁷⁾

11. Haft seksuel kontakt med (evt. flere kryds)

Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐

- med mand ☐

☐

- med kvinde ☐

☐

- biseksuel mand ☐

☐

- i.v. stofmisbruger ☐

☐

- person fra højrisikoområde ☐

☐

Hvis ja: Fra hvornår til _____

- kvinde prostitueret ☐

☐

- tvungen prostitueret ☐

☐

Hvis ja: Hvilket _____

12. Haft intravenøs stoffmisbrug

☐

Ja ☐

Nej ☐

Uoplyst ☐

13. Modtaget blod/blodprodukter

☐

Ja ☐

Nej ☐

Uoplyst ☐

Hvis ja: Hvor: _____

14. Perinatal smitte?

☐

Ja ☐

Nej ☐

Uoplyst ☐

15. Hvad anses for sandsynligste smitemåde:

16. Hvis personen er behandlet for HIV tidligere, anfør da behandlings start dato: _____

17. Er patienten

☐ Dansker ☐ Indvandrer/flygtning ☐ Uoplyst

☐ 2. generations indvandrer ☐ Turist

Hvorfra _____ Indrejseår _____
(land)

18. Formodes smittet i Danmark

☐

Ja ☐

Nej ☐

Uoplyst ☐

Hvis nej: Hvor: _____
(land)

19. Er smitteopsporing iværksat:

20. Patienten evt. henvist til: _____

21. Eventuelle bemærkninger:

Anmeldende læge (navn og stempel)

Denne forside indsendes til Afdeling for Infektionsepidemiologi, Statens Serum Institut
(side 2 og 3 til patientens læge, side 4 til laboratorium)

Læge