

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Ausfüllbeispiel

Stand: 8.1.2018

Datum (Tag/Monat/Jahr): 10.01.2018 Berater/in: Name Stadt: Hannover

Bitte entsprechende Maßnahmen pro Person ankreuzen bzw. eintragen. Keine Namen der Klienten / Klientinnen notieren.

	Person	Person	Person	Person
Beratungen (Risiken/Schutz, Tests, Therapiemöglichkeiten)	<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input checked="" type="checkbox"/> über 15 Min.	<input checked="" type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min.	<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min.	<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input checked="" type="checkbox"/> über 15 Min.
HIV-Tests				
Ergebnis HIV-Schnelltests	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv
HIV-Labortests (Probe entnommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Western Blots (Probe entnommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HCV-Tests				
Ergebnis HCV-Schnelltests	<input type="checkbox"/> neg. <input checked="" type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> reaktiv
HCV-PCR (Probe entnommen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV-AK (Probe entnommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfungen*				
Erste Impfdosis verabreicht	<u>A und B</u>			
Zweite Impfdosis verabreicht				
Dritte Impfdosis verabreicht	<u>B</u>			
Boosterimpfung verabreicht				
Testergebnisse Labor				
Bestätigte HIV-Testergebnisse mitgeteilt	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Bestätigte HCV-Testergebnisse (PCR) mitgeteilt	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Therapie **				
Kenntnis erhalten von Therapie-Beginn	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> HIV <input checked="" type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C
Kenntnis erhalten von Therapie-Abbruch	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. C
Kenntnis erhalten von Therapie-Abschluss	<input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> Hep. C	<input type="checkbox"/> Hep. C
Sonstiges				
Begleitungen zu Facharztpraxis bzw. Klinik	<u>1:10</u> (Std:Min.)	<u>4:0</u> (Std:Min.)	<u>4:0</u> (Std:Min.)	<u> </u> : <u> </u> (Std:Min.)
Anmerkungen:	<u>Eine Klientin wollte nur von einer Frau beraten werden</u>			

*Bitte jeweils notieren, welche Impfung: A, B, A und B ** Bitte nur ankreuzen, wenn Therapie während der Projektlaufzeit begonnen, abgebrochen oder abgeschlossen wurde