

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Stand: 8.1.2018

Datum (Tag/Monat/Jahr):	Berater/in:	Stadt:
-------------------------	-------------	--------

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 type="checkbox"/> über 15 Min.	<input 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 type="checkbox"/> über 15 Min.
<i>HIV-Tests</i>				
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 type="checkbox"/>
<i>HCV-Tests</i>				
Ergebnis HCV-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
HCV-PCR (Probe entnommen)	<input 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"/>
<i>Impfungen*</i>				
Erste Impfdosis verabreicht				
Zweite Impfdosis verabreicht				
Dritte Impfdosis verabreicht				
Boosterimpfung verabreicht				
<i>Testergebnisse Labor</i>				
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.
<i>Therapie **</i>				
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 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
<i>Sonstiges</i>				
Begleitungen zu Facharztpraxis bzw. Klinik	__:__ (Std:Min.)	__:__ (Std:Min.)	__:__ (Std:Min.)	__:__ (Std:Min.)
Anmerkungen:				

*Bitte jeweils notieren, welche Impfung: A, B, A und B

** Bitte nur ankreuzen, wenn Therapie während der Projektlaufzeit begonnen, abgebrochen oder abgeschlossen wurde