

Berufsbedingte HIV / HBV und HCV-Exposition

(Fragebogen; nur bei Indexpatient mit bekannter oder bei Verdacht auf HIV / HBV und HCV – Infektion und bei PEP-Beginn einsenden)

Spital: _____ Betriebs-/Personalarzt _____ Telefon _____

Indexpatient (Quelle)	Geburtsdatum (T/M/J) ____ / ____ / ____	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Risikofaktoren:	Bekannte Infektion:	Serologien nach Exposition:
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Nein	HIV <input type="checkbox"/> positiv, RNS ____ /ml
<input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> negativ
<input type="checkbox"/> Homosexualität	<input type="checkbox"/> CD4 ____ /mm ³	<input type="checkbox"/> unklar
<input type="checkbox"/> Positiver Partner/-in	<input type="checkbox"/> RNS-Kopien ____ /ml	<input type="checkbox"/> nicht getestet
<input type="checkbox"/> Polytransfusion vor 1985	<input type="checkbox"/> Hepatitis C (HCV)	HCV <input type="checkbox"/> positiv
<input type="checkbox"/> Land mit hoher Epidemie	<input type="checkbox"/> RNS- Kopien ____ /ml	<input type="checkbox"/> negativ
<input type="checkbox"/> multiple Partner / unge. Sexualkontakte	<input type="checkbox"/> Hepatitis B (HBV)	<input type="checkbox"/> unklar
<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> HBsAg positiv	<input type="checkbox"/> nicht getestet
<input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> HBsAg negativ	HBV <input type="checkbox"/> HBsAg positiv
	<input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> HBsAg negativ
		<input type="checkbox"/> nicht getestet

Anti-HIV-Therapie (des Indexpatienten):

<input type="checkbox"/> Unbekannt	Medikamente:	<input type="checkbox"/> _____	Resistenzen:	<input type="checkbox"/> Unbekannt
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Keine durchgeführt	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Frühere abgebrochen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie, welche:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Exponierte Person (Status vor Unfallereignis)

Geburtsdatum (T/M/J): ____ / ____ / ____ Geschlecht: m w Abteilung: _____

Hepatitis B-Impfung:	Anti-HBs-Titer nach Impfung:	Impfantwort:
<input type="checkbox"/> Keine Impfung	<input type="checkbox"/> Ja; Titer ____ IE/L, Datum ____	<input type="checkbox"/> Responder (Anti-HBs > 100 IE/L)
<input type="checkbox"/> In Durchführung, Anzahl Dosen: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Hypo-Responder
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Non-Responder (Anti.HBs <10 IE/L)
HIV-positiv?	Hepatitis C gehabt?	Hepatitis B gehabt?
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, seit wann ____ (Jahre)	<input type="checkbox"/> Ja, seit wann ____ (Jahre)	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> HBsAg positiv
		<input type="checkbox"/> HbsAg negativ
Beruf:	<input type="checkbox"/> Hebamme	<input type="checkbox"/> Laborpersonal
<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann (AKP/PKP/KWS/DNI/II/HF/FH)	<input type="checkbox"/> Nicht-chirurg. tätige ÄrztIn	<input type="checkbox"/> Hauspersonal
<input type="checkbox"/> FAGE	<input type="checkbox"/> Chirurg. tätige ÄrztIn	<input type="checkbox"/> MTRA
<input type="checkbox"/> TOA	<input type="checkbox"/> AnästhesistIn	<input type="checkbox"/> Andere: _____
<input type="checkbox"/> PflegeschülerIn	<input type="checkbox"/> MedizinstudentIn	Wieviele Jahre im Beruf: _____
<input type="checkbox"/> Pflegehilfsperson		

Unfall (Exposition):

Datum: (T/M/J): ____ / ____ / ____ Zeit _____ Ort (z.B. Patientenzimmer; Ops, Flur etc.): _____

Betroffener Körperteil: _____ Seite: links rechts

Ausführliche Beschreibung des Unfalls: (Unfallumstände, Art der Tätigkeit etc.)

Trug der Angestellte im Moment des Unfalls:

Handschuhe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Waren Nadelentsorgungsbehälter in Arbeitsnähe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Maske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hätte der Gebrauch einer Klemme den Unfall verhindert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schutzbrille? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	War das involvierte Unfallinstrument ein Sicherheitsprodukt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hätte der Unfall Ihrer Ansicht nach verhindert werden können? Ja Nein Wenn ja, wie? _____ Wenn nein, warum nicht? _____

Übertragbare Krankheiten

Spital: _____ Indexpatient Geburtsdatum: _____ Datum Exposition _____

Expositionsumstände

Verletzung

- oberflächlich (Kratzer)
 tief (Blutung)

Gegenstand kontaminiert mit

- sichtbarem Blut
 biologische Flüssigkeit **mit** Blut, sichtbar
 biologische Flüssigkeit, **kein** Blut sichtbar

Wenn biol. Flüssigkeit, welche _____

Verletzungsgegenstand

- Hohlnadel: Injektionsnadel i.m. Venflon Blutentnahmenadel i.v.
 Injektionsnadel s.c. Butterfly Injektionsnadel i.v.
 Port-a-Cath ZVK Arterielle Punktionsnadel
 Andere Hohlnadel _____
 Anderes: Nähnnadel BZ-Lanzette
 Skalpell / Messer Andere Gegenstände / Instrumente _____
(z.B. Klammern, Glas, Pinzetten etc.)

Dauer zwischen dem Kontakt des Verletzungsgegenstandes (Pat.) und Verletzung Angestellter _____ / _____ / _____ unbek.
(Std. Min. Sek.)

Schleimhautexposition

- Mund
 Auge
 Dauer der Exposition _____ (Min)

Exposition mit:

- Blut
 biologische Flüssigkeit **mit** Blut
 biologische Flüssigkeit **ohne** Blut

Wenn biol. Flüssigk., welche _____

Exposition der Haut

- Haut intakt
 beschädigte Haut (Beschreibung der Läsion) _____
 Länge Kontaktzeit _____ (Min.)

Exposition mit:

- Blut
 biologische Flüssigkeit **mit** Blut
 biologische Flüssigkeit **ohne** Blut

Wenn biol. Flüssigkeit, welche _____

Prophylaktische antiretrovirale Behandlung der exponierten Person:

- PEP empfohlen nicht empfohlen
 PEP durchgeführt nicht durchgeführt **Beginn:** _____ (Min./Std.) nach dem Unfall
 PEP beendet (4 Wochen) **PEP abgebrochen:** Quelle neg. Nebenwirkungen Andere Gründe _____

Art und Dauer der antiretroviralen Behandlung

Medikament	Beginn (T/M/J)	Ende (T/M/J)	Dosierung
Kaletra			
Truvada			
Combivir			
Viracept			

Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Myalgien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hautaffektionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anderes:		

Laborkontrollen HIV-PEP

	Therapiebeginn	+ 2 Wochen	+ 4 Wochen
Hb (g/l)			
Leukozyten			
Thrombozyten			

	Therapiebeginn	+ 2 Wochen	+ 4 Wochen
Kreatinin			
Glucose			
ALAT			

Massnahmen betr. HBV aktive Immunisierung (Booster) Ja Nein HB-Immunglobulin Ja Nein

Sequentielle Serologien der exponierten Person

	Unfall-Dat.: (__ / __ / __)	3 Monate* Dat.: (__ / __ / __)	6 Monate Dat.: (__ / __ / __)	anderes Dat.: (__ / __ / __)
HIV	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos
HBV				
- HBs Ag	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos
- Anti HBs	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos
- Anti HBc	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos
HCV	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> Ø gemacht	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos
Bei HCV-Expo.: ALAT (U/L)	

* Bei Durchführung einer HIV-PEP: Serologie 3 Monate nach Abschluss der HIV-PEP