

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ОТДЕЛ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ХИВ/СПИН/ППИ

ФОРМА ЗА СЪОБЩАВАНЕ НА СЛУЧАИ С ХИВ/СПИН

I. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Код на пациента от
Националната потвърдителна
лаборатория:

1. Име на лекаря:
2. Лечебно/здравно заведение- наименование:
3. Град:
4. Тел. номер:

II. ИНФОРМАЦИЯ ЗА
ПАЦИЕНТА/ДЕМОГРАФСКИ ДАННИ

1. Пациент: Име.....
Презиме.....Фамилия.....
2. Пол: Мъж Жена Неизвестно
3. Семейно положение: неомъжена/неоженен
 омъжена/оженен
4. ЕГН /дд,мм,гггг/:
5. Жизнен статус (кодове): жив починал
6. Жив (ако да, последна известна дата когато е бил жив): дд,мм,гггг/:
7. Починал (ако да, дата на смъртта):
дд,мм,гггг/:
8. Месторождение(държава):.....
9. Пристигащ от
(държава):.....
10. Година на пристигане в България:
11. Диагнозата е установена в:
гр.с.....
област.....
12. Постоянно местожителство: адрес:
гр.с.....
област.....
Дата на раждане:

IV. ЛАБОРАТОРНИ ДАННИ

1. Повод за изследването:
 скринингово
 диагностично
 по желание
 друг
2. ХИВ статус:
 Потвърден Непотвърден Неизвестно
3. Дата на първият ХИВ-позитивен тест:
дд,мм,гггг/:
4. Дата на последния ХИВ - отрицателен
тест:
дд,мм,гггг/:

V. УВЕДОМЯВАНЕ НА ПАРТНЬОРИТЕ
НА ПАЦИЕНТА

1. Партньорите на лицето ще
бъдат информирани за ХИВ
статуса му от
 КВД/РИОКОЗ
 лекуващия лекар
 лицето
 неизвестно

III. ЗАБОЛЯВАНИЯ, СВЪРЗАНИ С ХИВ
ИНФЕКЦИЯ

Сексуално трансмисивни инфекции	да	не
1. Генитален херпес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Сифилис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Гонорея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Трихомонас вагиналис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Хепатит Б	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Хепатит С	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Други	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Тазововъзпалителна болест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Синдром на остра ХИВ инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Туберкулоза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Други имунодефицитни състояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. СЪОБЩАВАНЕ НА РЕЗУЛТАТА,
НАСОЧВАНЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ, ГРИЖИ И
ПОДКРЕПА

1. Лицето е информирано за ХИВ статуса:
 да не неизвестно
2. Пациентът е насочен към лечебно
заведение за лечение на ХИВ инфекция:
 да не неизвестно
3. Пациентът е насочен към заведение за
лечение на зависимости:
 да не неизвестно
4. Пациентът е насочен към НПО за грижи и
подкрепа:
 да не неизвестно

VI. РИСКОВЕ СВЪРЗАНИ С ПРЕДАВАНЕТО НА ХИВ/СПИН НА ТОЗИ ПАЦИЕНТ

Рискова група за заразяване

- Секс с мъже: да не
- Какъв вид секс сте практикували с мъже:
 орален анален вагинален
- Секс с жени да не
- Какъв вид секс сте практикували с жени:
 орален анален вагинален
- За жени – секс с бисексуален мъж:
 да не
- За мъже - обрязан ли е пациента:
 да не
- Употребяващ инжекционно наркотици:
 да не
- Инжектиране на непредписани лекарства:
 да не
- Хемофилик, пациент с коагулационни нарушения:
 да не
- Трансфузия на кръв и кръвни продукти:
 да не
- Професионална експозиция:
 да не
- Немедицинска, непрофесионална експозиция, която може да бъде източник на инфекцията (акупунктура, татуировки, пробождане на тялото)
 да не

Група за превенция

- Лишен от свобода:
 да не
- Проституиращ:
 да не
- Клиент на проституиращ:
 да не
- Мигрант:
 да не
- Мобилни групи (сезонен работник, шофьор на ТИР, моряк, дете на улицата):
 да не
- Ром:
 да не
- Партньор на лице, инжекционно употребяващо наркотици:
 да не
- Партньор на лице, произхождащо или живеещо в страна с генерализирана ХИВ епидемия:
 да не
- Партньор на лице с документирана ХИВ инфекция
 да не
- Партньор на лице с хемофилия:
 да не
- Партньор на лице с преливане на кръв и кръвни продукти:
 да не
- Пациенти, на които са преливани концентрат от фактори 8 и 9 за лечение на хемофилия и коагулационни проблеми:
 да не

VII. ЗА ЖЕНИ И ДЕЦА

- Жената е насочена за гинекологичен преглед:
 да не неизвестно
- Жената е бременна:
 да не неизвестно
- Жената е родила живо дете:
 да не неизвестно
- Ако да по т. 3 дата на раждане на детето:
 дд,мм,гггг/:
- ХИВ статус на детето:
 положителен
 отрицателен
 неопределен
 неизвестно
- Ако детето по т. 5 е ХИВ положително – запишете кода на детето
- Ако детето по т. 5 е ХИВ положително - кърмено ли е ?
 да не
- Трансмисионна категория за майки:
 инжекционен наркоман
 произхождаща от страна с генерализирана ХИВ епидемия
 инфектирана чрез хетеросексуален контакт,
 и не се знае дали принадлежи към горните две категории
 реципиент на кръвопреливане
 друга/неопределена
 не приложимо

VIII. БОЛЕСТИ, СВИДЕТЕЛСТВАЩИ ЗА СПИН

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Пневмония, рекурентна при възрастни или деца > 13 години | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 2. Кандидоза на бронхи, трахея или бели дробове | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 3. Кандидоза – езофагеална | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 4. Цервикален канцер, инвазивен при възрастни и > 13 години | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 5. Кокцидодондомикоза, дисеминирана или белодробна | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 6. Криптококоза, екстрапулмонална | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 7. Криптоспоридиоза, интестинална с диария (>1 месец) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 8. Цитомегаловирусна болест (без черен дроб, слезка или лимфни възли) при пациенти над 1 месечна възраст | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 9. Цитомегаловирусен ретинит (със загуба на зрение) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 10. Енцефалопатия, СПИН-свързана | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 11. Херпес симплекс: хронични язви (времметраене >1 месец); или бронхити, пневмонити, или езофагити при пациенти над 1 месечна възраст | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 12. Хистоплазмоза, дисеминирана или екстрапулмонална | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 13. Изоспориаза, интестинална с диария (>1 месец) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 14. Капоши саркома | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 15. Лимфома на Бъркит | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 16. Лимфома, имунобластна | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 17. Лимфома, първична, на мозъка | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 18. <i>Mycobacterium avium complex</i> & <i>M. Kansasii</i> дисеминирана или извънбелодробна | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 19. <i>Mycobacterium</i> , други видове или неидентифицирани такива, дисеминирани или екстрапулмонални | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 20. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , извънбелодробна | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 21. Локализация на туберкулозата: | | |
| <input type="checkbox"/> Милиарна | <input type="checkbox"/> Плеврит | <input type="checkbox"/> Друга на дихателния тракт |
| <input type="checkbox"/> Централна нервна система | <input type="checkbox"/> Костно-ставна | |
| <input type="checkbox"/> Урогенитален тракт | | |
| 22. Друга локализация на туберкулозата | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 23. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , белодробна при възрастни или деца > 13 години | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 24. <i>Pneumocystis carinii</i> , пневмония | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 25. Прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 26. Салмонела (не тифондна) септицемия, рекурентна | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 27. Токсоплазмоза на мозъка при пациенти над 1 месечна възраст | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 28. Синдром на отслабване, дължащ се на ХИВ | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 29. Бактериални инфекции – множествени или рекурентни при деца под 13 години | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 30. Лимфоидна интерстициална пневмония при деца под 13 години | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |

Дата на съобщаване на случая:

Попълнил формата :
(подпис)

Дата