

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.....

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. Газововъзпалителна 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

1. Жената е насочена за гинекологичен преглед:  
 да  не  неизвестно
2. Жената е бременна:  
 да  не  неизвестно
3. Жената е родила живо дете:  
 да  не  неизвестно
4. Ако да по т. 3 дата на раждане на детето:  
дд,мм,гггг/:
5. ХИВ статус на детето:  
 положителен  
 отрицателен  
 неопределен  
 неизвестно
6. Ако детето по т. 5 е ХИВ положително – запишете кода на детето
7. Ако детето по т. 5 е ХИВ положително - кърмено ли е ?  
 да  не
8. 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 .....