

Post-Expositions-Follow-Up

Vorfall ID: _____ Einrichtung ID: _____

Datum der Verletzung/des Vorfalles: __/__/____

Index-Patient: _____



EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V1.7/Austria

8/2012 |

1. War der Index-Patient identifizierbar/bekannt?

- 1 Bekannt und getestet
 2 Bekannt, aber nicht getestet : _____
 3 Nicht bekannt

2. War der Index-Patient positiv gegenüber den folgenden Pathogenen? (auch wenn vor dieser Exposition getestet)

Pathogen	Test (einringeln)	Ergebnis (einringeln)			Abgenommen am
Hepatitis B	HbsAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
	HbeAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
	Anti HBs	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
	Anti HBc	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
Hepatitis C	Anti-HCV EIA	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
	PCR-HCV	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
	RNA	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
HIV	Anti-HIV	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____
	#CD4 cell count	count _____		3 nicht getestet	__/__/____
	Antigen load	RNA copies/ml _____		3 nicht getestet	__/__/____
	Anderes	_____			__/__/____
Anderes	_____			__/__/____	

3. Falls Index-Patient vermutlich einer Gruppe mit hohem Risiko für durch Blut übertragbare Krankheitserreger angehörig, bitte ankreuzen:

- Blutprodukte-Empfänger Erhöhte Enzyme Sexuell Dialyse
 i.v.-Drogengebrauch Hämophilie Anderes, beschreibe: _____

4. Falls Index-Patient HIV-positiv ist, wurde er mit einem der folgenden Therapien vor Exposition behandelt?

- Nicht bekannt 3TC IDV (Indinavir)
 AZT (Azidothymidin, Zidovudin) ddC Andere anti-retrovirale Therapie: _____

5. Zusätzlich Angaben bezüglich Index-Patienten:

Exponierte(r) Arbeitnehmer/in: _____

1. Exponierte(r) Arbeitnehmer/in wurde gesehen durch:

- 1 Arbeitsmediziner/in 2 Notfallambulanz 3 Andere, beschreiben Sie: _____

2. War exponierte(r) Arbeitnehmer/in vor Exposition gegen HBV geimpft:

- 0 Nein 1 ein-fach 2 zwei-fach 3 drei-fach 4 vier-fach 99 mehr als 4-fach

Wenn ja, Antikörperspiegel nach Beendigung der Impfung, falls getestet: _____

Datum der AK-Testung: : __/__/____

2a. War exponierte Arbeitnehmerin schwanger?

- 1 Ja 2 Nein 3 Nicht zutreffend

Wenn ja, welches Trimester: 1 erstes 2 zweites 3 drittes

3. Ergebnisse der Baseline-Testung:

Pathogen	Test (einringeln)	Ergebnis (einringeln)			Abgenommen am	Anzahl der Tage bis Zur nächsten Testung
Hepatitis B	HbsAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
	HbeAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
	Anti HBs	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
	Anti HBc	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
Hepatitis C	Anti-HCV EIA	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
	PCR-HCV	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
	RNA	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
HIV	Anti-HIV	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	__/__/____	_____
Anderes	_____				__/__/____	_____
Anderes	_____				__/__/____	_____

4. Kreisen Sie alle Post-Expositions-Behandlungen/Prophylaxen für den exponierten Arbeitnehmer ein, füllen Sie bitte die Dosierung aus:

Behandlung	Dosid	Verabreicht am	Dauer/Kommentare
HBIG	1. _____	___/___/___	_____
	2. _____	___/___/___	_____
HBV Impfung	1. _____	___/___/___	_____
	2. _____	___/___/___	_____
	3. _____	___/___/___	_____
	Booster: _____	___/___/___	_____
HIV antiretroviral spezifiziere:	_____	___/___/___	_____
HIV antiretroviral spezifiziere:	_____	___/___/___	_____
HIV antiretroviral spezifiziere:	_____	___/___/___	_____
Anderes, spezifiziere	_____	___/___/___	_____

5. Ergebnis der follow-up Testung: (Raum für wiederholte Testergebnisse; Testprotokolle unterscheiden sich eventuell je nach Institution)

Pathogen	Test (einringeln)	Ergebnis (einringeln)			Abgenommen am	Anzahl der Tage bis zur nächsten Testung
Hepatitis B	Panel 1					
	HbsAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti HBs	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti HBc	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Panel 2					
	HbsAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti HBs	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti HBc	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Panel 3					
	HbsAg	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti HBs	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti HBc	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
Hepatitis C	Anti-HCV (Test 1)	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti-HCV (Test 2)	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
HIV	Anti-HIV (Test 1)	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti-HIV (Test 2)	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti-HIV (Test 3)	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
	Anti-HIV (Test 4)	1 positiv	2 negativ	3 nicht getestet	___/___/___	___
Anderes	_____	_____	_____	___/___/___	___	
Anderes	_____	_____	_____	___/___/___	___	

6. Zusätzliche Kommentare:

7. Follow-up der Prophylaxe

Serologische Ergebnisse:

Zeit	Datum	HIV	HBsAG	HCV
_____	___/___/___	_____	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____	_____

Follow-up der HBV Impfung:

- Einzeldosis (Affrischung)
 Grundimpfung
 Impfung nach 1 Monat datum ___/___/___
 Impfung nach 2 Monaten datum ___/___/___
 Impfung nach 1 Jahr datum ___/___/___

Follow-up der anti-HIV Prophylaxe: (letzten 4 Wochen insgesamt)

- Compliance?** 1 gut 2 schlecht/keine 3 Testung wird fortgefahren
Unterbrechungen? 2 nein 1 ja
 AZT unterbrochen von ___/___/___ bis ___/___/___
 3TC unterbrochen von ___/___/___ bis ___/___/___
 Indinavir unterbrochen von ___/___/___ bis ___/___/___
Dosisreduktionen? 2 nein 2 ja
 AZT _____ mg ab _____
 3TC _____ mg ab _____
 Indinavir _____ mg ab _____

Toxizität oder Nebenwirkungen?

- 2 nein 1 ja
 welche? _____
 wie schwer? _____
 begonnen am : ___/___/___ geendet am : ___/___/___

Aktionen unternommen aufgrund Nebenwirkungen:

- AZT Dosisreduktion ___/___/___ Letzte Einnahme: gestoppt am ___/___/___
 3TC Dosisreduktion ___/___/___ Letzte Einnahme: gestoppt am ___/___/___
 Indinavir Dosisreduktion ___/___/___ Letzte Einnahme: gestoppt am ___/___/___