

Paziņojums par apstiprinātu HIV infekcijas gadījumu

I Pacienta dati

1. Ārstniecības iestāde _____ -
(nosaukums un kods Ārstniecības iestāžu reģistrā)
2. Pacienta personas kods _____ -
3. Pacienta dzimšanas datums (dd.mm.gggg) _____ . .
4. Pacienta vārds _____ 5. Pacienta uzvārds _____
6. Pacienta dzimums (1 – vīrietis; 2 – sieviete; 99 – nav zināms) _____
7. Deklarētā dzīvesvieta _____
(iela, māja, ciems, pagasts, novads, pilsēta, valsts, pasta indekss)
8. HIV infekcija antenatālā un perinatālā periodā _____

II Epidemioloģiskā anamnēze

9. Atrodas apcietinājumā vai izcieš brīvības atņemšanas sodu (norādīt atbilstošo) _____
(1 – ir pašlaik; 2 – ir anamnēzē; 3 – nav; 4 – nav zināms; 99 – neattiecas)
10. Bioloģisko materiālu vai orgānu donors (norādīt atbilstošo) _____
(1 – pirmreizējs; 2 - atkārtots ; 3 – nav; 4 – nav zināms; 99 – neattiecas)
11. Bioloģisko materiālu vai orgānu recipients (norādīt atbilstošo) _____
(1 – vienu reizi; 2 – vairāk par vienu reizi; 3 – nav; 4 – nav zināms; 99 – neattiecas)
12. Infekcijas slimība (norādīt atbilstošo):
(1 – ir pašlaik; 2 – ir anamnēzē; 3 – nav; 99 – nav zināms)
- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.1. tuberkuloze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2. sifiliss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.3. gonoreja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.4. uroģenitāla hlamīdiju infekcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5. B hepatīts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.6. C hepatīts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III Visticamākais inficēšanās ceļš, izvērtējot no pacienta iegūto informāciju
(norādīt atbilstošo, arī sekojošo apmeklējumu laikā)

13. Injicējamo narkotisko vielu lietošana ar kopējiem injicēšanas piederumiem
14. Seksuāls kontakts ar HIV inficētu vai iespējami inficētu personu
- 14.1. heteroseksuāls kontakts
- 14.2. homoseksuāls kontakts
- 14.3. partneris ir injicējamo narkotisko vielu lietotājs
15. Vertikālā transmisija
- 15.1. Mātes personas kods -
16. Cits inficēšanās ceļš _____
(norādīt)
17. Valsts, kurā ir inficējies (norādīt valsti un kodu)
- 17.1. Nezina, kurā valstī ir inficējies
18. Inficēšanās ceļš nav noskaidrots

IV Diagnostika

19. Galvenais izmeklēšanas iemesls uz HIV infekciju (norādīt vienu)
- 19.1. pacienta/vecāku/aizbildņu/aizgādņu vēlēšanās
- 19.2. sakarā ar HIV eksprestesta pozitīvo rezultātu
(1 – HIV profilakses punktā 2 – pie ārstniecības personas; 3 – veikts paštests; 99 – cits)
- 19.3. klīniskas indikācijas (simptomi, kas liek domāt par HIV infekciju)
- 19.4. kontaktpersona
- 19.5. pacienta ar seksuāli transmisīvu infekciju pārbaude
- 19.6. asins/spermas/orgānu donors
- 19.7. grūtniecības laikā
- 19.8. HIV pozitīvas mātes dzimušā bērna izmeklēšana
- 19.9. tuberkulozes gadījumā
- 19.10. ieslodzījuma vietā

V Noslēguma jautājumi

20. Cita epidemioloģiski svarīga informācija _____
21. Ārsts _____
(vārds, uzvārds un identifikācijas numurs)

22. Kartes aizpildīšanas datums (dd.mm.gggg) . . .

Aizpildītu veidlapu ārsts triju darbdienu laikā nosūta Slimību profilakses un kontroles centram (Duntes iela 22, K-5, Rīga, LV-1005)