

# 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_