Žiadosť o poskytnutie informácie o pacientovi so suspektnou/potvrdenou HIV infekciou pre epidemiologické účely

Adresa odosielateľa - laborat.:

Adresa odosielateľa - lekár:

Číslo konfirmácie:	*Priezvisko a Meno/kód:*

Rodné číslo:

Výsledok konfirmačného vyšetrenia:

Dátum vystavenia správy:

Mgr. Mária Borsányiová, PhD.
Poverená vedením NRC pre prevenciu HIV AIDS

Pohlavie: muž ☐ žena ☐ iné ☐

Bydlisko: trvalé _____ prechodné_____

Národnosť: _____ **Odídenec z Ukrajiny**: áno ☐ nie ☐

Žiadateľ o: **dočasné útočisko**: ☐ **o azyl**: ☐ **transfer do inej krajiny**: ☐

doložte prosím, kópiu dokladu žiadosti o udelenie dočasného útočiska

č. OP/pasu: _____ **ukončené vzdelanie**:_____

Dôvod vyšetrenia:_____

Pravdepodobný spôsob nákazy/cesta prenosu:

Sex. styk muža so ženou (HTX)	☐	Sex. styk muža s mužom (MSM)	☐
Injekčný užívateľ drog (PVID)	☐	Príjemca krvi, derivátov, transfúzie	☐
Klient sexuálnych služieb	☐	Poskytovateľ sexuálnych služieb (CSW)	☐
Neznámy	☐	Iný:_____	

V prípade predpokl. nákazy sex. stykom národnosť partnera:_____

V prípade prenosu sex. stykom bol partner HIV-pozitívny ? áno ☐ nie ☐ nie je známe ☐

V prípade, že bol partner HIV-pozitívny, bol liečený ? áno ☐ nie ☐ nie je známe ☐

Užíval pacient PreP? áno ☐ nie ☐

V prípade užívania PrEP odkedy/ ako dlho/ akú PreP _____

Pravdepodobné miesto nákazy/krajina:_____

Dátum posledného HIV negatívneho testu:_____

Iná sex./krvou prenosná infekcia _____

V prípade, že je už pacient liečený, dátum potvrdenia diagnózy: _____

Druh liečby/ART_____/+ doložte kópiu zdrav. dokumentácie/

Ďalšie epidemiologicky významné údaje:_____

_____

Dátum potestového poradenstva:_____