

## Voorbeeld registratieformulier seksaccidenten

Datum & tijd melding	DATUM	TIJD
Naam soa verpleegkundige		
Naam arts		
Overlegd met		

Naam cliënt(e)	
Geboortedatum	
Straat	
Postcode, woonplaats	
Telefoonnummer	
BSN	

Datum & tijd incident	DATUM	TIJD	
Geslacht bron	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> transvrouw* <input type="checkbox"/> transman*
Leeftijd bron			
Etniciteit bron			
Hiv-status bron	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> ONBEKEND
Bron benaderbaar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> misschien

Oraal			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> insertief	<input type="checkbox"/> condoom +	<input type="checkbox"/> ejaculatie +
<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> receptief	<input type="checkbox"/> condoom -	<input type="checkbox"/> ejaculatie -
		<input type="checkbox"/> condoom ?	<input type="checkbox"/> ejaculatie ?
		<input type="checkbox"/> condoomfalen	

Anaal			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> insertief	<input type="checkbox"/> condoom +	<input type="checkbox"/> ejaculatie +
<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> receptief	<input type="checkbox"/> condoom -	<input type="checkbox"/> ejaculatie -
		<input type="checkbox"/> condoom ?	<input type="checkbox"/> ejaculatie ?
		<input type="checkbox"/> condoomfalen	

Vaginaal			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> insertief	<input type="checkbox"/> condoom +	<input type="checkbox"/> ejaculatie +
<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> receptief	<input type="checkbox"/> condoom -	<input type="checkbox"/> ejaculatie -
		<input type="checkbox"/> condoom ?	<input type="checkbox"/> ejaculatie ?
		<input type="checkbox"/> condoomfalen	

\* Transvrouw: geboren als man, is nu vrouw. Transman: geboren als vrouw, is nu man.

Bloed gezien bij bron?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:
Risicoverhogende omstandigheden bij cliënt?	<input type="checkbox"/> drugs/alcohol <input type="checkbox"/> verschijnselen passend bij soa <input type="checkbox"/> laesies aanwezig <input type="checkbox"/> menstruatie <input type="checkbox"/> bloed zichtbaar, namelijk: <input type="checkbox"/> onvrijwillig seksueel contact

HBV-vaccinatiestatus cliënt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> anti-HBs $\geq$ 10 mIU/ml <input type="checkbox"/> doorgemaakt en geklaard <input type="checkbox"/> HBV-drager
-----------------------------	---

Zwangerschap	<input type="checkbox"/> cliënte gebruikt anticonceptie <input type="checkbox"/> geen anticonceptie; 1e dag laatste menstruatie: <input type="checkbox"/> MAP geadviseerd <input type="checkbox"/> Cliënte wil geen MAP <input type="checkbox"/> MAP niet geadviseerd
Transmissierisico HBV	<input type="checkbox"/> hoog <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> laag/verwaarloosbaar <input type="checkbox"/> onduidelijk
Transmissierisico HCV	<input type="checkbox"/> hoog <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> laag/verwaarloosbaar <input type="checkbox"/> onduidelijk
Transmissierisico hiv	<input type="checkbox"/> hoog <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> laag/verwaarloosbaar <input type="checkbox"/> onduidelijk

Hiv-PEP-indicatie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> nee; > 72 uur geleden
Verwezen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> nee; beslissing cliënt

TIJD	ACTIE	GGD	Ziekenhuis
0	Hiv-sneltest (op indicatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anti-hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anti-HB-core	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lues-screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HBV-vaccinatie #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HBV-vaccinatiebooster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Week 2 - 4	Ct & Go onderzoek en eventueel hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maand 1	HBV-vaccinatie #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HCV-RNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maand 3	Anti-hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anti-HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lues-screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HCV-RNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maand 6	HBV vaccinatie #3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maand 4 (na PEP)	Anti-hiv (na PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anti-HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anti-HB-core	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>