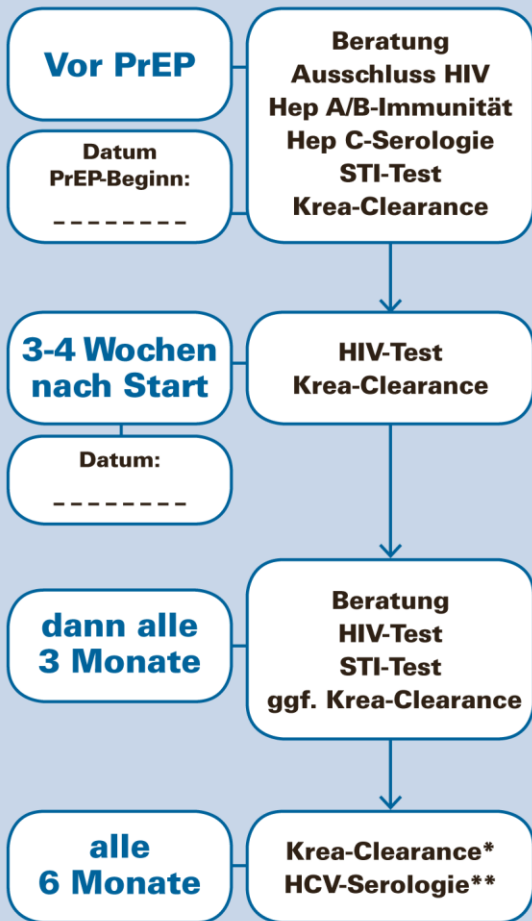




Dein PrEP-Check

Zeitleiste für den PrEP-Check



s. Leitlinie zur HIV-PrEP

* bei Alter <40J alle 6-12 Monate, bei Alter >40J, eGFR 60-90ml/

min, Risikofaktor für Nierenerkrankung alle 3-6 Monate

** alle 6-12 Monate

Du hast dich für die HIV-Präventionsmethode PrEP entschieden.

Dieser PrEP-Check kann dir helfen, den Überblick über deine PrEP zu behalten. Regelmäßige HIV-Tests, Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) sowie weitere Laboruntersuchungen z.B. Kreatinin-Clearance zur Überprüfung der Nierenfunktion gehören dazu. Bei den Gonokokken- und Chlamydien-Tests wird mithilfe eines Abstrichs im Darm („rektal“) oder im Rachen („pharyngeal“) oder mit einem Urintest („urethral“) festgestellt, ob eine Infektion vorliegt.

Nicht nur die regelmäßige Einnahme der Tabletten mit den Wirkstoffen Tenofovir und Emtricitabin macht eine PrEP aus, sondern auch regelmäßige Untersuchungen. Denn: wie bei allen Safer Sex Strategien gibt es immer ein Restrisiko. Zum Beispiel gibt es die diagnostische Lücke, in der ein HIV-Test eine frühe Infektion nicht zeigt. Außerdem schützen nur Kondome vor STI. PrEP schützt nicht sofort nach der ersten Einnahme und sollte nach einem Risiko nicht direkt abgesetzt werden. Frage deine Ärztin / deinen Arzt, was der beste Zeitpunkt für den Beginn und das Absetzen der PrEP ist. Wenn du eine Pause gemacht hast und wieder mit PrEP anfangen möchtest, solltest du vorher einen HIV-Test machen.

In diesem Dokument können alle Ergebnisse notiert werden, so dass du und deine Ärztin/dein Arzt immer Bescheid wisst.

Vor PrEP:

Erstberatung zur Präexpositionsprophylaxe

**Umfassende Beratung gemäß den
Zulassungsrichtlinien zu allen
wesentlichen Aspekten einer
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

04

Dein PrEP-Check

Datum / Unterschrift / Stempel

☐

HIV-Risikokontakt in den letzten 6 Wochen thematisiert

Beratung

Vor PrEP:

HIV-Test

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum / Unterschrift / Stempel

Hepatitis B (Serologie)

HBs-Ag

☐

negativ

☐

positiv

Anti-HBc

☐

negativ

☐

positiv

Anti-HBs (mIE/ml):

Hepatitis C (Serologie)

Anti-HCV

☐

negativ

☐

positiv

Datum / Unterschrift / Stempel

Grundimmunisierung

☐

Hep B erfolgt

☐

Hep A erfolgt

Datum / Unterschrift / Stempel

05

Syphilis (Serologie)

Behandlungsbedürftig:

☐ nein ☐ ja

Gonokokken

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal ☐ urethral ☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal ☐ urethral ☐ pharyngeal

Kreatinin-Clearance

_____ ml/min

andere

Datum / Unterschrift / Stempel

Datum / Unterschrift / Stempel

3-4 Wochen nach PrEP-Beginn:

HIV-Test
(4. Generation)

☐ negativ

☐ reaktiv

Datum / Unterschrift / Stempel

Kreatinin-Clearance

_____ ml/min

andere

Datum / Unterschrift / Stempel

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum / Unterschrift / Stempel

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

09

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

11

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

13

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

15

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐ negativ

☐ reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

17

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein ☐ ja

Gonokokken

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal ☐ urethral ☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal ☐ urethral ☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐ negativ

☐ positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ☐ positiv:☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

* / ** Siehe Seite 2

Alle 3 Monate:

**Beratung zur
Risikoreduktion,
Überprüfung der
Indikationsstellung,
Anamnese bzgl.
Nebenwirkungen
oder Symptomen
einer STI**

Datum, Unterschrift, Stempel

HIV-Test
(4. Generation)

☐

negativ

☐

reaktiv

Datum, Unterschrift, Stempel

Kreatinin-Clearance*

_____ ml/min

Datum, Unterschrift, Stempel

Syphilis (Serologie)
Behandlungsbedürftig:

☐ nein☐ ja

Gonokokken

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Chlamydien

☐ negativ ☐ positiv:

☐ rektal☐ urethral☐ pharyngeal

Datum, Unterschrift, Stempel

Anti-HCV**

☐

negativ

☐

positiv

Datum, Unterschrift, Stempel

19

* / ** Siehe Seite 2

Tägliche Einnahme ☐Alternative Einnahme ☐

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Einnahme

Tägliche Einnahme ☐

Alternative Einnahme ☐

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Einnahme

Tägliche Einnahme ☐Alternative Einnahme ☐

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Einnahme

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Abgabe / Code: _____

**Information zum Thema PrEP
gibt es in Schwerpunktpraxen und bei
HIV-Beratungsstellen oder direkt bei:**

23

**Unter Mitwirkung der
Hamburger PrEP-Kooperation:
Hein & Fiete,
CASA blanca,
HAGNÄ e.V.,
Hamburger AIDS-Hilfe e.V.,
Alexander-Apotheke**



**ALEXANDER
APOTHEKE**
ST. GEORG

Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz



Beratungsstelle
CASA blanca



HEIN & FIETE
Der schwule Checkpoint

**Herausgeber, Layout
und Druck
in Kooperation:
www.heinfiete.de
www.hamburg.de/casablanca**

