

QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)



A.S.L. REGIONE N° CASO

STRETTAMENTE RISERVATO!

Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere la risposta nelle apposite caselle o righe. Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore.

Data intervista (gg-mm-aa): -- COGNOME (iniziale) NOME (iniziale)
Comune di domicilio abituale Cittadinanza
Età Sesso M F Attività.....
Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso è minorenne)

IMPORTANTE

EFFETTUARE L INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA.
Intervista il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena disponibili.

1. Durante la sua malattia è diventato giallo? SI NO
2. In che data è iniziata la malattia? --
gg mm aa
3. E stato ospedalizzato per questa malattia? SI NO
Se SI, quanti giorni è rimasto in ospedale? giorni
4. DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL INIZIO DELLA MALATTIA:
 - a) Ha preso farmaci? SI NO Non so
Se SI, quali? Per quanto tempo? giorni
..... Per quanto tempo? giorni
 - b) Ha consumato frutti di mare? SI NO Non so
Se Si, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi? SI NO Non so
 - c) Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente? SI NO Non so
 - d) Ha trascorso almeno una o piu' notti fuori della sua città? SI NO Non so
Se Si, dove? Quando? --
gg mm aa
 - e) Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A? SI NO Non so
Se SI, data: 1a dose -- 2a dose --
gg mm aa gg mm aa
5. DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:
 - a) Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma? SI NO Non so
 - b) Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)? SI NO Non so
 - c) Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)? SI NO Non so
Se Si: Specificare Ambulatoriale Con ricovero
(tipo di intervento)
 - d) E' stato sottoposto ad endoscopia? SI NO Non so
Se Si: Specificare Ambulatoriale Con ricovero
(tipo di endoscopia)
 - e) E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)? SI NO Non so
Se SI: Ospedale..... Reparto Data --
gg mm aa
Ospedale..... Reparto Data --
gg mm aa
Ospedale..... Reparto Data --
gg mm aa

5. (segue) DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:

- f) Si è iniettato droghe? 1 SI 2 NO 8 Non so
Se SI, ha mai avuto contatti con SERT? 1 SI 2 NO 8 Non so
g) Ha avuto un trattamento dentario? 1 SI 2 NO 8 Non so
h) Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing? 1 SI 2 NO 8 Non so
i) Si è fatto un tatuaggio? 1 SI 2 NO 8 Non so
l) Le è stata praticata l'ago puntura? 1 SI 2 NO 8 Non so
m) Si è rasato dal barbiere? 1 SI 2 NO 8 Non so
n) E' stato dal callista o dal manicure? 1 SI 2 NO 8 Non so
o) E' stato emodializzato? 1 SI 2 NO 8 Non so
6. Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B? 1 SI 2 NO 8 Non so

Se SI, data (gg-mm-aa): 1adose -- 2adose -- 3adose --

7. Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite? 1 SI 2 NO 8 Non so
Se SI, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua? 1 SI 2 NO 8 Non so
8. Ha un convivente o partner sessuali HBsAg (Antigene Australia) positivo? 1 SI 2 NO 8 Non so

Se SI: Tipo di relazione

Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta? 1 SI 2 NO 8 Non so

- Se SI, perché non si era vaccinato? 1 Non era sicuro dell'efficacia
 2 Paura degli effetti collaterali
 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi
 4 Altro:

9. Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo? 1 SI 2 NO 8 Non so
10. Ha un convivente tossicodipendente? 1 SI 2 NO 8 Non so
11. Durante lo scorso anno con quanti partners ha avuto rapporti sessuali? N. partners: Maschile Femminile
12. Ha avuto un partners sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi? 1 SI 2 NO 8 Non so
13. Durante lo scorso anno ha avuto rapporti occasionali? 1 SI 2 NO 8 Non so

- Se SI, ha utilizzato il profilattico? 1 Sempre
 2 Occasionalmente
 3 Ma

14. Quante persone vivono nella sua casa? (Lei incluso) 1 SI 2 NO 8 Non so
15. Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna? 1 SI 2 NO 8 Non so

16. Valori all'ingresso in ospedale o al momento della visita domiciliare per paziente non ospedalizzato:

AST ALT Bilirubina Totale Bilirubina Diretta

RISULTATI DI LABORATORIO Data del prelievo di sangue (gg-mm-aa): --

- a. E' positivo per HBsAg? 1 SI 2 NO 8 NON RICERCATO
b. E' positivo per IgM anti-HBc? 1 SI 2 NO 8 NON RICERCATO
c. E' positivo per IgM anti-Epatite A? 1 SI 2 NO 8 NON RICERCATO
d. E' positivo per anti-Delta? 1 SI 2 NO 8 NON RICERCATO
e. E' positivo per anti-HCV? 1 SI 2 NO 8 NON RICERCATO

COMMENTI

In caso di decesso barrare questa casella Firma dell'intervistatore