

# EPATITI/SEIEVA

Bologna, 15 dicembre 2015



# EPATITI/SEIEVA

## Epatiti virali acute notificabili

- Epatite virale A 📞
- Epatite virale B 📞
- Epatite virale C ✉️
- Altre epatiti virali acute ✉️
  - epatite D (Delta) (HDV)
  - epatite E (HEV)
  - virus dell'epatite F (HFV)
  - virus dell'epatite G (HGV)
  - Citomegalovirus (CMV)
  - virus di Epstein-Barr (EBV)
  - virus Coxsackie
  - Virus SEN (SENV)
  - Torque teno virus (TTV)...

## Sorveglianza SEIEVA

- Epatite virale acuta A
- Epatite virale acuta B
- Epatite virale acuta C
- Epatite virale acuta D
- Epatite virale acuta E
- Epatite Non A–Non E

# EPATITI/SEIEVA

## SMI Elenco Malattie

### **070 - EPATITE VIRALE**

- 070.0 - **EPATITE A** CON COMA EPATICO
- 070.1 - **EPATITE A** SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO
- 070.20 - **EPATITE B** ACUTA CON COMA EPATICO SENZA MENZIONE DI EPATITE DELTA
- 070.21 - **EPATITE B** ACUTA CON COMA EPATICO **CON EPATITE DELTA** (COINFEZIONE)
- 070.30 - **EPATITE B** ACUTA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO SENZA MENZIONE DI EPATITE DELTA
- 070.31 - **EPATITE B** ACUTA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO **CON EPATITE DELTA** (COINFEZIONE)
- 070.4 - **ALTRE EPATITI VIRALI ACUTE SPECIFICATE** CON COMA EPATICO
- 070.41 - **EPATITE C** ACUTA CON COMA EPATICO
- 070.42 - **EPATITE DELTA** ACUTA IN PORTATORE DI EPATITE B CON COMA EPATICO (SUPERINFEZIONE)
- 070.43 - **EPATITE E** ACUTA CON COMA EPATICO
- 070.5 - **ALTRE EPATITI VIRALI ACUTE SPECIFICATE** SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO
- 070.51 - **EPATITE C** ACUTA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO
- 070.52 - **EPATITE DELTA** ACUTA IN PORTATORE DI EPATITE B SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO \ (SUPERINFEZIONE)
- 070.53 - **EPATITE E** ACUTA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO
- 070.6 - **EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA** CON COMA EPATICO
- 070.70 - **EPATITE C** NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO
- 070.71 - **EPATITE C** NON SPECIFICATA CON COMA EPATICO
- 070.9 - **EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA** SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO
- 074.8 - EPATITE ACUTA DA VIRUS COXACKIE**
- 075 - MONONUCLEOSI INFETTIVA**
- 078.5 - MALATTIA CITOMEGALICA (INFEZIONE DA CITOMEGALOVIRUS)**
- 771.21 - EPATITE VIRALE CONGENITA**

# EPATITI/SEIEVA

Questionario di caso notificato di Epatite Virale Acuta vers. Dicembre 2015

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

Trascrivere Identificativo Scheda

A.S.L. **Regione EMILIA-ROMAGNA** Numero 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 giorno mese anno  
Comune di domicilio abituale  
Cittadinanza Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni  
Età Sesso Maschio Femmina Attività  
Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso è minorenne)

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

1 Durante la sua malattia è diventato giallo? Si No Non so  
2 In che data è iniziata la malattia? giorno mese anno  
3 E stato ospedalizzato per questa malattia? Si No Non so  
3.a Se Sì, quanti giorni è rimasto in ospedale? giorni

**DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:**

4 Ha preso farmaci? Si No Non so  
4.a Se Sì, quali Per quanto tempo? giorni  
4.b Se Sì, quali Per quanto tempo? giorni  
4.c Se Sì, quali Per quanto tempo? giorni  
4.d Se Sì, quali Per quanto tempo? giorni  
5.a Ha consumato frutti di mare? Si No Non so  
5.b Se Sì, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi? Si No Non so  
6 Ha consumato frutti di bosco? Si No Non so  
6.a Se Sì, i frutti di bosco consumati erano: Congelati Freschi Entrambi Non so  
7 Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente? Si No Non so  
8 Ha trascorso almeno una o più notti fuori dalla sua città? Si No Non so  
8.a Se Sì, dove? Quando giorno mese anno

9 Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A? Si, una dose Si, due dosi Si, tre dosi No Non so  
9.a Se Sì: 1° dose - tipo vaccino data giorno mese anno  
9.b 2° dose - tipo vaccino data giorno mese anno  
9.c 3° dose - tipo vaccino data giorno mese anno

**DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:**

10 Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma? Si No Non so  
11 Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)? Si No Non so  
12 Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)? Si No Non so  
12.a Se Sì: Specificare il tipo di intervento: Ambulatoriale Con ricovero  
13 E' stato sottoposto ad endoscopia? Si No Non so  
13.a Se Sì: Specificare il tipo di endoscopia: Ambulatoriale Con ricovero  
14 E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)? Si No Non so  
14.a Se Sì: Ospedale Reparto Quando giorno mese anno  
14.b Ospedale Reparto Quando giorno mese anno  
14.c Ospedale Reparto Quando giorno mese anno  
15 Ha fatto uso di droghe? Si No Non so  
15.a Se Sì, modalità di assunzione endovenosa inalazione entrambe altro  
15.b Se Sì, ha mai avuto contatti con un SERT? Si No Non so  
16 Ha avuto un trattamento dentario? Si No Non so  
17 Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing? Si No Non so  
18 Si è fatto un tatuaggio? Si No Non so  
19 Le è stata praticata l'ago puntura? Si No Non so

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

20 Si è rasato dal barbiere? Si No Non so  
21 E' stato dal callista o dal manicure? Si No Non so  
22 E' stato emodializzato? Si No Non so  
23 Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B? Si, una dose Si, due dosi Si, tre dosi No Non so  
23.a Se Sì: 1° dose - tipo vaccino data giorno mese anno  
23.b 2° dose - tipo vaccino data giorno mese anno  
23.c 3° dose - tipo vaccino data giorno mese anno  
24 Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite? Si No Non so  
24.a Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua? Si No Non so  
25 Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo? Si No Non so  
25.a Se Sì: Tipo di relazione  
25.b Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta? Si No Non so  
25.c Se Sì, perché non si era vaccinato? Non ero sicuro dell'efficacia Paura degli effetti collaterali Non sapeva a quale struttura rivolgersi Altro  
26 Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo? Si No Non so  
27 Ha un convivente tossicodipendente? Si No Non so  
28 Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali? Si Si No Preferisco non rispondere  
28.a Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali? N. Partner maschili femminili  
29 Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi? Si No Non so  
30 Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali? Si No Non so  
30.a Se Sì, ha utilizzato il profilattico 1 Sempre 2 Occasionalmente 3 Mai  
31 Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso? N. Persone  
32 Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna? Si No Non so  
33 E' donatore periodico di sangue? Si No Non so  
34 In passato ha eseguito un test per l'HIV? Si No Non so Preferisco non rispondere  
34.a Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV? Si No Non so

**VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO**

35 AST ALT Bilirubina Totale Bilirubina Diretta INR

**RISULTATI DI LABORATORIO** Data del prelievo di sangue giorno mese anno

36 E' positivo per HBsAg? Si No Non ricercato  
37 E' positivo per IgM anti-HBc? Si No Non ricercato  
38 E' positivo per IgM anti-Epatite A? Si No Non ricercato  
39 E' positivo per anti-Delta? Si No Non ricercato  
40 E' positivo per anti-HCV? Si No Non ricercato  
41 E' positivo per HCV-RNA? Si No Non ricercato  
42.a Se Sì, livello viremia  
43 E' positivo per IgM anti-Epatite E? Si No Non ricercato

**DECORSO CLINICO**

44 Encefalopatia Si No Non so  
45 Fulminante Si No Non so  
46 Trapianto di fegato Si No Non so  
47 Decesso Si No Non so  
47.a In caso di decesso indicare la data giorno mese anno Causa iniziale:

48 Commenti:

Firma dell'intervistatore Vers. Dicembre 2015

# EPATITI/SEIEVA

Se la risposta è sì, compilare i campi proposti

<b>IMPORTANTE</b>		EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA. Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena disponibili				
1	Durante la sua malattia è diventato giallo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
2	In che data è iniziata la malattia?	giorno     mese     anno				
3	E stato ospedalizzato per questa malattia?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
3.a	Se Sì, quanti giorni è rimasto in ospedale?	giorni				
<b>DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>						
4	Ha preso farmaci?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
4.a	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni			
4.b	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni			
4.c	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni			
4.d	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni			
5	Ha consumato frutti di mare?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
5.a	Se Sì, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
6	Ha consumato frutti di bosco?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
6.a	Se Sì, i frutti di bosco consumati erano:	<input type="checkbox"/> 1 Congelati	<input type="checkbox"/> 2 Freschi	<input type="checkbox"/> 3 Entrambi	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
7	Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
8	Ha trascorso almeno una o più notti fuori dalla sua città?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
8.a	Se Sì, dove? _____	Quando giorno     mese     anno				
9	Le è stata somministrata almeno una dose di <b>vaccino per l'epatite A?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose	<input type="checkbox"/> 2 Sì due dosi	<input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
9.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno     mese     anno				
9.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno     mese     anno				
9.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno     mese     anno				
<b>DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>						
10	Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
11	Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
12	Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
12.a	Se Sì: Specificare il tipo di intervento: _____	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> 2 Con ricovero			
13	E' stato sottoposto ad endoscopia?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
13.a	Se Sì: Specificare il tipo di endoscopia: _____	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> 2 Con ricovero			
14	E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
14.a	Se Sì: Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno     mese     anno				
14.b	Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno     mese     anno				
14.c	Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno     mese     anno				
15	Ha fatto uso di droghe?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
15.a	Se Sì, modalità di assunzione _____	<input type="checkbox"/> 1 endovenosa	<input type="checkbox"/> 2 inalazione	<input type="checkbox"/> 3 entrambe	<input type="checkbox"/> 4 altro	<input type="checkbox"/> 8 Non so
15.b	Se Sì, ha mai avuto contatti con un SERT?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
16	Ha avuto un trattamento dentario?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
17	Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
18	Si è fatto un tatuaggio?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
19	Le è stata praticata l'ago puntura?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		

Sintomi	
Data intervista	<input type="text"/>
Durante la sua malattia <b>Ã</b> diventato giallo?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
*Data inizio sintomi:	<input type="text"/>
*Comune inizio sintomi:	<input type="text"/>
*Ricovero ospedaliero	<input type="radio"/> Sì, in Regione <input type="radio"/> Sì, fuori Regione <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<b>Durante le 6 settimane prima dell'inizio della malattia:</b>	
Ha preso farmaci?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha consumato frutti di mare?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha consumato frutti di bosco?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha trascorso almeno una o piÃ notti fuori della sua città?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Le <b>Ã</b> stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A?	<input type="text"/>
<b>Durante i 6 mesi prima dell'inizio della malattia:</b>	
Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha avuto interventi chirurgici?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<b>Ã</b> stato sottoposto ad endoscopia?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<b>Ã</b> stato ospedalizzato (incluso day hospital)?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Si <b>Ã</b> iniettato droghe?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Ha avuto un trattamento dentario?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Si <b>Ã</b> fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Si <b>Ã</b> fatto un tatuaggio?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Le <b>Ã</b> stata praticata l'agopuntura?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Si <b>Ã</b> rasato dal barbiere?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<b>Ã</b> stato dal callista o dal manicure?	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto

# EPATITI/SEIEVA

Se la risposta è sì, compilare i campi proposti



20	Si è rasato dal barbiere?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
21	E' stato dal callista o dal manicure?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
22	E' stato emodializzato?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
23	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	<input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose	<input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi	<input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
23.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	____	____	____	____
23.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	____	____	____	____
23.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	____	____	____	____
24	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
24.a	Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
25	Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
25.a	Se Sì: Tipo di relazione _____					
25.b	Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
25.c	Se Sì, perché non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non ero sicuro dell'efficacia	<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali	<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi	<input type="checkbox"/> 4 Altro _____	
26	Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
27	Ha un convivente tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
28	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere		
28.a	Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali?	N. Partner	maschili	____	femminili	____
29	Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
30	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
30.a	Se Sì, ha utilizzato il profilattico	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 3 Mai		
31	Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	N. Persone _____				
32	Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
33	E' donatore periodico di sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
34	In passato ha eseguito un test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere		
34.a	Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		

Si Ã¨ rasato dal barbiere?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Ã stato dal callista o dal manicure?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Ã stato emodializzato?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Le Ã stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	_____		
Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico o compagno di scuola o lavoro, ha avuto l'epatite?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
la loro malattia Ã iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Ha un convivente o partner sessuale HBsAg positivo?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
tipo di relazione	_____		
Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che lei avesse epatite acuta?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
perchÃ non si era vaccinato?	Altro _____		
specificare	_____		
Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Ha un convivente tossicodipendente?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Durante i 6 mesi prima dell'Ã™ inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	_____		
Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Durante i 6 mesi prima dell'Ã™ inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
ha utilizzato il profilattico?	_____		
Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	_____		
Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
Ã donatore periodico di sangue?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto
In passato ha eseguito un test per laÃ™ HIV?	SÃ- _____		
Ã risultato positivo al test per l'HIV?	<input checked="" type="radio"/> SÃ-	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto

# EPATITI/SEIEVA


VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO					
35	AST	ALT	Bilirubina Totale	Bilirubina Diretta	INR
36	<b>RISULTATI DI LABORATORIO</b> Data del prelievo di sangue <small>giorno   mese   anno</small>				
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
40	E' positivo per anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
42.a	Se Sì, livello viremia <small>giorno   mese   anno</small>				
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
44	<b>DECORSO CLINICO</b>	Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45		Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46		Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47		Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47.a	In caso di decesso indicare la data <small>giorno   mese   anno</small> Causa iniziale:				
48	Commenti: _____				
	Firma dell'intervistatore _____				

Nel sistema di sorveglianza nazionale mancano tra i risultati di laboratorio: HAV-RNA e HBV-DNA. Verranno aggiunti a SMI. Per ora inserire nei commenti

Valore massimo AST	<input type="text"/>
Valore massimo ALT	<input type="text"/>
Valore massimo Bilirubina Totale	<input type="text"/>
Valore massimo Bilirubina Diretta	<input type="text"/>
Valore massimo INR	<input type="text"/>
<b>Risultati di laboratorio</b>	
Data prelievo di sangue	<input type="text"/>
<u>À</u> positivo per HBsAg?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
<u>À</u> positivo per IgM anti-HBc?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
<u>À</u> positivo per IgM anti-epatite A?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
<u>À</u> positivo per anti-Delta?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
<u>À</u> positivo per anti-HCV?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
<u>À</u> positivo per HCV-RNA?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
livello viremia	<input type="text"/>
<u>À</u> positivo per IgM anti-epatite E?	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Non ricercato <input type="radio"/> Non noto
<b>Decorso clinico</b>	
<u>Encefalopatia</u>	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Fulminante</u>	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Trapianto di fegato</u>	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Decesso</u>	<input type="radio"/> SÃ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
In caso di decesso indicare la data	<input type="text"/>
Commenti	<input type="text"/>

# EPATITI/SEIEVA

Scheda di caso di epatite associato a trasfusione o a somministrazione di altri derivati del sangue.  
Occorre risalire ai donatori delle unità trasfuse

 **SEIEVA**  
**Scheda di un caso di epatite associato a trasfusione e a somministrazione di altri derivati del sangue**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
Epatite B  Epatite nonA-nonB  HCV positivo

**Trasfusioni**

Data trasfusioni nei 6 mesi precedenti \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa      Luogo trasfusioni \* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa      \_\_\_\_\_

Motivo trasfusioni: \_\_\_\_\_

Prodotto trasfuso      Sangue intero       Unità di prodotto trasfuso        
Emazie concentrate         
Piastrine         
Plasma      

Donatori periodici  SI  NO  Non so

Controlli sui donatori: effettuati il \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa  
risultati \_\_\_\_\_

**Somministrazione di altri derivati del sangue**

Somministrazione di altri derivati del sangue:  SI  NO  Non so  
(immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.)

Se SI, tipo di emoderivato somministrato: \_\_\_\_\_

Specificare la via di somministrazione (intramuscolare, endovenosa) \_\_\_\_\_

Data di somministrazione: \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa

Luogo della somministrazione: \* \_\_\_\_\_

Motivo della somministrazione: \_\_\_\_\_

\* Casa o ospedale. Nel caso di ospedale specificare quale.  
Se la trasfusione è stata domiciliare indicare il servizio trasfusionale



# EPATITI/SEIEVA

## Questionario Epatite Virale A

Azienda USL \_\_\_\_\_ Codice scheda SMI \_\_\_\_\_

### 1. Parte da compilare prima dell'intervista

Intervistatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Dati anagrafici del caso

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso  M  F Età (anni) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Lavoro \_\_\_\_\_

Manipolazione degli alimenti sul lavoro:  SI  NO

Abita con bambini?  SI  NO Se SI, numero ed età dei bambini: \_\_\_\_\_

### 2. Se età < 12 anni: somministrare il questionario ad un parente

Intervistato  Parente (indicare nome e legame di parentela)  Altro

### 3. Se età < 18 anni: chiedere autorizzazione ad un genitore

SI  NO

#### Scuola

Se sì: Nome scuola \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Materna  Elementare  Medie  Superiori  Università

Classe frequentata \_\_\_\_\_

C'è la refezione a scuola?  SI  NO

Suo figlio/a pranza alla mensa della scuola?  SI  NO

### 4. Ha avuto contatti con persone con una diagnosi di Epatite A?

SI  NO  Non so

Se sì, quando? \_\_\_\_\_

Se sì, il contatto era? \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Data sintomi \_\_\_\_\_

Familiare

Collega di lavoro

Sessuale

Altro

### 5. Frequenta un gruppo o una comunità di persone (es. gruppo sportivo, comunità parrocchiale, ecc.)?

SI  NO Se sì, quale: \_\_\_\_\_

#### Esposizione (relativo al periodo di esposizione)

Riportare il possibile periodo di esposizione già calcolato nelle specifiche colonne del file

Excel; Dal (50 gg prima) \_\_\_\_\_ Al (15 gg prima) \_\_\_\_\_

Ora le farò alcune domande sui cibi che lei può avere mangiato più o meno spesso per cui la prego di fare uno sforzo di memoria e di basarsi sulle sue abitudini alimentari. Nel periodo considerato ha consumato i seguenti alimenti?

### 6. Verdure crude

SI  NO  Non ricordo

Se sì, ha consumato alcuni tra i seguenti prodotti?

Finocchi

Insalata fresca

Insalata in busta

Ravanelli

Carote

Sedani

SI  NO  Non ricordo

Il questionario per i casi di Epatite Virale A va usato a livello locale ad integrazione del questionario SEIEVA e **non va inviato in Regione**

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - LEB  
SCHEDA DI NOTIFICA

SEIEVA

A.S.L. [ ] REGIONE [ ] N. Settimana / Anno [ ]-[ ]  
(usare la numerazione settimanale reperibile sulle agende)

N. Caso (uguale a quello della scheda)	Età (in anni)	Sesso M/F	Epatite B			Epatite A			Epatite Delta			Epatite C			Inizio malattia N. settimane anno
			HBsAg positivo	HBsAg negativo	Non definibile	IgM HAV positivo	IgM HAV negativo	Non disponibile	anti-Delta positivo	anti-Delta negativo	Non disponibile	anti-HCV positivo	anti-HCV negativo	Non disponibile	

Da spedire settimanalmente a: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'  
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica  
Reparto di Epidemiologia Clinica  
Viale Regina Elena, 299  
00161 Roma

20

Appendice 2

Grazie per l'attenzione!