

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

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?	<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				
DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:						
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 vaccino per l'epatite A?	<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				
DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:						
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	
<u>Data intervista</u>	<input type="text"/>
<u>Durante la sua malattia è diventato giallo?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>*Data inizio sintomi:</u>	<input type="text"/>
<u>*Comune inizio sintomi:</u>	<input type="text"/>
<u>*Ricovero ospedaliero</u>	<input type="radio"/> Sì, in Regione <input type="radio"/> Sì, fuori Regione <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Durante le 6 settimane prima dell'inizio della malattia:</u>	
<u>Ha preso farmaci?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha consumato frutti di mare?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha consumato frutti di bosco?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha trascorso almeno una o più notti fuori della sua città?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A?</u>	<input type="text"/>
<u>Durante i 6 mesi prima dell'inizio della malattia:</u>	
<u>Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha avuto interventi chirurgici?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>È stato sottoposto ad endoscopia?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>È stato ospedalizzato (incluso day hospital)?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Si è iniettato droghe?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Ha avuto un trattamento dentario?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Si è fatto un tatuaggio?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Le è stata praticata l'agopuntura?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Si è rasato dal barbiere?</u>	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>È stato dal callista o dal manicure?</u>	<input type="radio"/> SÌ <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	RISULTATI DI LABORATORIO Data del prelievo di sangue <small>giorno mese anno</small>				
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
40	E' positivo per anti-Delta?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
42.a	Se Sì, livello viremia <small>giorno mese anno</small>				
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricercato	
44	DECORSO CLINICO	Encefalopatia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
45		Fulminante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
46		Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
47		Decesso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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"/>
Risultati di laboratorio	
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
Decorso clinico	
<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	<input type="checkbox"/>	Unità di prodotto trasfuso	<input type="checkbox"/>
Emazie concentrate	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Piastrine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Plasma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

Grazie per l'attenzione!