



A.S.L. _____ Regione _____ 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 <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____ <i>Cognome iniziale</i> _____ <i>Nome iniziale</i> _____	
Comune di domicilio abituale _____	
Cittadinanza _____ Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? <i>anni</i> _____	
Età _____ Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so
2	In che data è iniziata la malattia? <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
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? <i>giorni</i> _____
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? <i>giorni</i> _____
4.b	Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? <i>giorni</i> _____
4.c	Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? <i>giorni</i> _____
4.d	Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? <i>giorni</i> _____
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 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 <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
9	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A ? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose <input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi <input type="checkbox"/> 8 Non so
9.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
9.b	2° dose - tipo vaccino _____ data <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
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 <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
14.b	Ospedale _____ Reparto _____ Quando <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
14.c	Ospedale _____ Reparto _____ Quando <i>giorno</i> _____ <i>mese</i> _____ <i>anno</i> _____
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
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

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

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"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
		<input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi		
		<input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi		
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?	<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
VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO				
35	AST __ _ _	ALT __ _ _	Bilirubina Totale __ _ , __ _	Bilirubina Diretta __ _ , __ _
	INR __ _ , __ _			
36	RISULTATI DI LABORATORIO Data del prelievo di sangue	giorno __ _	mese __ _	anno __ _
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
40	E' positivo per IgM anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42.a	Se Sì, livello viremia	__ _	__ _	__ _
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
44	DECORSO CLINICO Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45	Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46	Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47	Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47.a	In caso di decesso indicare la data	giorno __ _	mese __ _	anno __ _
	Causa iniziale: _____			
48	Commenti: _____			

	Firma dell'intervistatore _____			