



Data di segnalazione ___/___/___ Comune segnalazione _____ (___) ASL _____

Data intervista ___/___/___ Intervistatore _____

SEZIONE A1 – DATI ANAGRAFICI DEL CASO

Cognome _____ Nome _____
 Sesso M F Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____
 Comune di residenza: _____ Provincia _____
 Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

Occupazione (si prega di fornire i dettagli della professione o delle attività principali del caso - compreso il lavoro part-time, attività di volontariato, ecc. - o, in caso di minore, i dettagli della scuola/scuola materna frequentata)

Occupazione	Nome del posto di lavoro/scuola/scuola materna	Indirizzo del posto di lavoro/scuola/scuola materna

SEZIONE A2 – ANAMNESI

Il paziente ha assunto **farmaci** nelle 8 settimane precedenti l'inizio della malattia? Sì No Non noto

Se sì, specificare:

Nome del farmaco o principio attivo	Numero di giorni di assunzione

Il paziente è affetto dalle seguenti malattie?

- Infezione da HIV Sì No Non noto Se sì, specificare anno di diagnosi _____
- Infezione da HBV Sì No Non noto Se sì, specificare anno di diagnosi _____
- Infezione da HCV Sì No Non noto Se sì, specificare anno di diagnosi _____
- Altre malattie sessualmente trasmesse Sì No Non noto Se sì, specificare _____
- Epatite cronica e cirrosi Sì No Non noto
- Immunosoppressione Sì No Non noto

Vaccinazione anti-epatite A Sì No Non noto

Se sì, data 1^a dose ___/___/___ data 2^a dose ___/___/___



SEZIONE B – PRESENTAZIONE CLINICA E ANALISI DI LABORATORIO

Data di inizio sintomi ___/___/_____	Luogo inizio sintomi _____
Sintomi	
Ittero <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Febbre <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto
Nausea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto
Dolore addominale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Altri sintomi _____
Ricovero <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
Data ricovero ___/___/_____	Data dimissione ___/___/_____
presso: P.O. _____	U.O. _____

Esami di laboratorio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
Esami sierologici	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
IgM Anti-HAV	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Indeterminato	<input type="checkbox"/> Non noto
Data ___/___/_____	presso: _____			
IgG Anti-HAV	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Indeterminato	<input type="checkbox"/> Non noto
Data ___/___/_____	presso: _____			
HAV-RNA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
Se Sì, data ___/___/_____	presso: _____			
Risultato	<input type="checkbox"/> Positiva	<input type="checkbox"/> Negativa	<input type="checkbox"/> Non noto	
Transaminasi AST	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, valore _____
Transaminasi ALT	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, valore _____
Bilirubina totale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, valore _____
Bilirubina diretta	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, valore _____
INR	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, valore _____
Altri esami	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
Se sì, specificare tipo, risultato, data e laboratorio: _____				



SEZIONE C – FATTORI DI RISCHIO / ORIGINE DEL CONTAGIO

Contatto con persona/e con ittero o epatite confermata nelle 8 settimane precedenti la comparsa dei sintomi

Sì No Non noto

Se sì, specificare

Cognome e nome	Data di nascita	Indirizzo	Rapporto con il caso indagato	Collettività in cui è avvenuto il contatto
	__/__/____			

Nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi, il caso ha consumato uno dei seguenti **alimenti**?

Tipo di alimento	SÌ	NO	Se Sì, specificare:		
			Tipo di alimento/prodotto	Marca (se disponibile)	Luogo di acquisto (supermercato, ristorante, ecc)
Frutti di mare crudi o poco cotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pesce crudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Latticini (mozzarelle, ricotta, formaggio fresco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verdura cruda (finocchi, insalata fresca o in busta, sedano, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frutta fresca pre-imbustata o confezionata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conserve di frutta (pesche o ciliegie sciroppate, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frutti di bosco freschi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frutti di bosco surgelati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cibi contenenti frutti di bosco (torte, dessert, yogurt, frullati, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frutta secca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Datteri freschi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cibi contenenti melograno (insalate, muesli, centrifugati, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Torte, pasticcini, dessert con panna o crema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Succhi di frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frullati di frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cibo contenente pomodori secchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Spezie o erbe aromatiche fresche (prezzemolo, menta, basilico, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Particolari tipi di cibo (baklava, falafel, cibo indiano, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi, il caso ha consumato **acqua proveniente da pozzi o fontane**?

Sì No Non noto

Se sì, specificare località del pozzo _____



Viaggi all'estero nelle 8 settimane precedenti la comparsa dei sintomi Sì No Non noto

Paese visitato	Data di partenza (gg/mm/aaaa)	Data di ritorno (gg/mm/aaaa)

Viaggi in Italia nelle 8 settimane precedenti la comparsa dei sintomi Sì No Non noto

Luogo visitato	Data di partenza (gg/mm/aaaa)	Data di ritorno (gg/mm/aaaa)

Contatto con persona/e che hanno effettuato viaggi all'estero nelle 8 settimane precedenti la comparsa dei sintomi Sì No Non noto

Se sì, specificare

Paese visitato	Data di partenza (gg/mm/aaaa)	Data di ritorno (gg/mm/aaaa)

Uso di **droghe per via iniettiva** Sì No Non noto

Il caso ha soggiornato presso un **setting istituzionale**? Sì No Non noto

Se sì, indicare il tipo di istituzione: Casa di riposo / casa di cura

Carcere Ospedale

Convitto Altro _____

Attività ricreative (ad es. piscine o altre attività in acqua) Sì No Non noto

Se sì, specificare _____

Il caso ha avuto **contatti sessuali** nelle 8 settimane precedenti la comparsa dei sintomi Sì No Non noto

Se sì, con soggetti di sesso: Maschile Femminile Il caso rifiuta di rispondere

Se il soggetto di sesso maschile ha risposto di aver avuto rapporti con altri soggetti di sesso maschile, passare alla sezione C2, altrimenti passare alla sezione D

SEZIONE C2 – DOMANDE AGGIUNTIVE SULL'ESPOSIZIONE DI TIPO SESSUALE (SOLO PER MSM CHE HANNO RIPORTATO DI AVER AVUTO RAPPORTI NELLE 8 SETTIMANE PRECEDENTI L'INIZIO DEI SINTOMI)

L'epatite A può essere trasmessa per via feco-orale anche attraverso rapporti sessuali.

Con **quante persone** il caso ha avuto **rapporti sessuali** nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi? _____

Di queste, quanti erano

- partner regolari _____
- partner casuali _____
- partner anonimi (di cui il caso non ha dettagli) _____

Il caso ha usato il **preservativo** durante i rapporti sessuali nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?

Sempre Nella maggior parte dei casi (>50%)

Qualche volta (<50%) Mai

Il caso ha utilizzato **sostanze stupefacenti** immediatamente prima e/o durante i rapporti sessuali?

Sì No

Se Sì, quali sostanze? _____



Il caso ha avuto **rapporti sessuali con qualcuno che risiede fuori dall'area di domicilio abituale** nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?
 Sì No Non noto
 Se sì, specificare paese di origine e regione _____

Il caso ha avuto **rapporti sessuali con qualcuno mentre era in viaggio fuori dall'area di domicilio abituale** nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?
 Sì No Non noto
 Se sì, specificare paese e regione _____

Il caso ha usato **social network** per incontrare partners sessuali nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?
 Sì No Non noto
 Se sì, specificare quali (ad es. Grindr, Scruff, Growl, Tinder, Squirt, BBRT, Gaydar, Facebook, bearwww, ecc.) _____

Nelle 8 settimane precedenti l'inizio dei sintomi, il caso ha avuto rapporti sessuali di qualsiasi tipo in uno dei seguenti **luoghi di incontro**?

<input type="checkbox"/> Gay club/pub/bar/disco	<input type="checkbox"/> Dark room
<input type="checkbox"/> Straight club/pub/disco	<input type="checkbox"/> Cruising grounds/aree di incontro all'aperto
<input type="checkbox"/> Saune	<input type="checkbox"/> Sale massaggi
<input type="checkbox"/> Festival/pride	<input type="checkbox"/> Bagni pubblici
<input type="checkbox"/> Cinema porno	<input type="checkbox"/> Sex party privati/feste private
<input type="checkbox"/> Scuola/College/Università	<input type="checkbox"/> Altri (specificare nome, indirizzo e tipo di luogo) _____

Se sì, indicarne di seguito i dettagli

Nome del luogo di incontro	Indirizzo	Tipo di luogo di incontro

SEZIONE D – INFORMAZIONI PER IL CONTACT TRACING

Nel periodo *dalle due settimane precedenti alla settimana successiva* l'inizio dei sintomi, il caso ha **maneggiato alimenti** o ha preparato cibo per altre persone?
 Sì No Non noto



Indicare i dettagli dei **contatti stretti** e dei **contatti sessuali** esposti nel periodo *dalle due settimane precedenti alla settimana successiva*

Cognome e nome	Data di nascita	Indirizzo	Rapporto con il caso	Date del primo e dell'ultimo contatto	Il contatto è vaccinato per epatite A?	Data di vaccinazione
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	

Qualcuno dei contatti stretti appartiene a uno dei **gruppi a rischio per la diffusione di epatite A?**

Addetti alla manipolazione degli alimenti il cui lavoro comporta il contatto con alimenti non confezionati che vanno consumati crudi o senza ulteriore cottura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, specificare nome e luogo di lavoro del contatto: _____ _____
Personale di strutture sanitarie che ha contatto diretto, o attraverso il servizio di distribuzione pasti, con pazienti suscettibili o persone in cui l'infezione avrebbe conseguenze particolarmente gravi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, specificare nome e luogo di lavoro del contatto: _____ _____
Bambini di età inferiore a cinque anni che frequentano scuole materne, asili o altre collettività simili	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, specificare nome e luogo di lavoro del contatto: _____ _____
Bambini e adulti per i quali è difficile l'attuazione di adeguati standard igienici (es. soggetti con difficoltà di apprendimento, persone ospitate in campi di accoglienza temporanei, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	Se sì, specificare nome e luogo di lavoro del contatto: _____ _____

Qualcuno dei **contatti familiari** ha una delle seguenti **condizioni cliniche sottostanti?**

- Malattie epatica cronica e cirrosi Sì No Non noto
- Infezione cronica da virus dell'epatite B o C Sì No Non noto
- Infezione da HIV Sì No Non noto
- Immunosoppressione Sì No Non noto

Note:

Sanitario che ha compilato l'indagine:

Cognome _____ Nome _____

Recapito _____

Tel _____ e-mail _____

Timbro e firma