



Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

SCHEMA DI SORVEGLIANZA IN CASO DI MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____

Sesso M F se transgender specificare M/F F/M

Comune/stato estero di nascita _____

Cittadinanza _____

CF/STP _____

Professione _____ Titolo di studio più alto conseguito

RESIDENZA O DOMICILIO

Indirizzo di residenza _____

Comune di residenza _____

Indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Comune del domicilio abituale (se diverso dalla residenza) _____

Recapito telefonico _____

INFORMAZIONI CLINICHE

Gravidanza in atto? Sì No Settimana di gestazione _____In passato Le è stata diagnosticata una IST? Sì No Non noto

Se sì, specificare _____

Attuale Diagnosi _____

Nuovo caso Sì reinfezione Non notoSintomi Sì No

Data di inizio sintomi (in assenza di sintomi mettere la data del referto) ____/____/____

Comune di inizio sintomi _____

Se Sì, specificare i sintomi _____

Ricovero ospedaliero Sì, in Regione Sì, fuori Regione No Non noto

Se sì, indicare

Struttura di ricovero regionale _____

Data ricovero ____/____/____ Data dimissione ____/____/____

Esami e relativi esiti

| Tipo di esame | Esame richiesto | Negativo | Positivo |
|-------------------------|-----------------|----------|----------|
| Microscopico | | | |
| Biologia molecolare/PCR | | | |
| Colturale | | | |
| Sierologico | | | |
| Anatomia patologica | | | |

Ha fatto viaggi e/o soggiorni in zone a rischio? Sì No Non noto

Se sì, specificare

Comune/Stato estero _____

Motivo del viaggio _____

Dal ___/___/___ al ___/___/___

Frequenta o vive in collettività? No Non noto Sì, vive Sì, frequenta

Se sì, specificare _____

FATTORI DI ESPOSIZIONE NEI 6 MESI PRECEDENTI

Ha avuto rapporti sessuali a rischio nei seguenti setting? Sì No Non noto

(sono possibili più risposte)

locali/discoteche Sì No Non noto

Specificare comune (locali/discoteche) _____

Denominazione (locali/discoteche) _____

Alberghi Sì No Non noto

Specificare comune (Albergo) _____

Specificare denominazione (Albergo) _____

Saune Sì No Non noto

Specificare comune (Sauna) _____

Specificare denominazione (Sauna) _____

Dark-Rooms Sì No Non noto

Specificare comune (Dark-Room) _____

Specificare denominazione (Dark-Room) _____

Altro Sì No Non noto

Specificare comune (Altro) _____

Specificare denominazione (Altro) _____

Hai avuto rapporti sessuali con partner maschili? Sì No Non noto

Con quanti partner maschili? _____

Hai avuto rapporti sessuali con partner femminili? Sì No Non noto

Con quanti partner femminili? _____

Hai avuto rapporti sessuali con partner transgender? Sì No Non noto

Con quanti partner transgender? _____

Ha avuto rapporti sessuali sotto l'effetto di sostanze stupefacenti? Sì No Non noto

Ha avuto rapporti sessuali sotto l'effetto di alcool? Sì No Non noto

Ha avuto rapporti protetti da profilattico? Sì, sempre Sì, occasionalmente No Non noto

di che tipo? *(sono possibili più risposte)*

- Anale
- Orale
- Vaginale

Con chi? *(sono possibili più risposte)*

- Partner fisso
- Persone conosciute
- Persone non o poco conosciute
- Più persone contemporaneamente

Ha fatto uso di contraccettivi negli ultimi 6 mesi? *(sono possibili più risposte)*

- Profilattico
- Spirale
- Contraccettivi Orali
- Diaframma
- Spermicida
- No
- Non noto
- Altro _____

Ha mai fatto uso di droghe in endovena nella vita? Sì No Non noto

Uso di PREP?

- Sì, in uso
- Sì, ne ha fatto uso in passato
- No
- Non noto

Esito della malattia:

- Decesso
- Esiti invalidanti
- Guarigione
- Persistenza sintomi
- Miglioramento
- Non noto

Data esito ____/____/____

Farmacoresistenza *(informazione richiesta solo per alcune malattie)*Resistente Sì No Non noto

Farmaco (specificare) _____

Livello resistenza SENSIBILE RESISTENTE

Data __ __/__ __/__ __ __ __

Terapia *(informazione richiesta solo per alcune malattie)* Sì No

Se, sì (nome farmaco) _____

Data inizio __ __/__ __/__ __ __ __

Data fine __ __/__ __/__ __ __ __

Esito terapia

- Trattamento completato
- Guarito
- Fallimento terapeutico
- Trattamento in corso
- Perso al follow-up
- Non noto

Tipologia della trasmissione *(informazione richiesta solo per alcune malattie)*

- trasmissione sessuale
- trasmissione madre/figlio
- trasmissione in trasfuso
- non noto

STATO VACCINALE

In passato è stato vaccinato con ciclo completo per:

HBV Sì Nose NO, si propone la vaccinazione NO Sì, accettato Sì, rifiutatoHAV Sì Nose NO, si propone la vaccinazione NO Sì, accettato Sì, rifiutatoHPV Sì Nose NO, si propone la vaccinazione NO Sì, accettato Sì, rifiutatoMpox Sì Nose NO, si propone la vaccinazione NO Sì, accettato Sì, rifiutato

STATO IMMUNOLOGICO

Immunodepressione (B01) Sì No Non noto

È stato proposto un test per l'HIV? Sì, accettato Sì, rifiutato No

In passato ha mai eseguito un test per l'HBV? Sì No Non noto

Se sì, con quale esito?

- Positivo non documentato
- Positivo documentato
- Negativo non documentato
- Negativo documentato

Se positivo, indicare i markers

- HBsAg positivo
- Anti-HBC
- HBV DNA

In passato ha mai eseguito un test per l'HCV? Sì No Non noto

Se sì, con quale esito?

- Positivo non documentato
- Positivo documentato
- Negativo non documentato
- Negativo documentato

Se positivo, indicare i markers

- HCV Ag
- Anti-HCV
- HCV RNA

Data visita ambulatoriale __ __ / __ __ / __ __ __ __

Firma _____