



Questionario epidemiologico su una epidemia di Epatite A

DATI ANAGRAFICI

Codice

Iniziale nome Iniziale cognome

Età Sesso M F

Titolo di studio Nessuno Elementare Media infer.
Media sup. Laurea

Professione _____

Numero di componenti familiari

INFORMAZIONI SULL'EPISODIO DI EPATITE A

Data insorgenza sintomi

Ospedalizzato Si No Se sì, Data ricovero

IgM anti-HAV Pos. Neg. IgG anti-HAV Pos. Neg.

SINTOMI (barrare se presenti)

<input type="checkbox"/> Malessere	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomito
<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Artralgie	<input type="checkbox"/> Mialgie	<input type="checkbox"/> Dolori addomin.
<input type="checkbox"/> Febbre	<input type="checkbox"/> Ittero	<input type="checkbox"/> Epatomegalia	<input type="checkbox"/> Splenomegalia
<input type="checkbox"/> Adenopatie	<input type="checkbox"/> Confusione ment.	<input type="checkbox"/> Euforia	<input type="checkbox"/> Depressione
<input type="checkbox"/> Sonnolenza	<input type="checkbox"/> Ipereccitabilità	<input type="checkbox"/> Tremiti	<input type="checkbox"/> Emorragia
<input type="checkbox"/> Coma			

VALORI DI LABORATORIO

Data	_____	_____	_____	_____	_____	_____
AST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fosfatasi alcalina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gamma GT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colinesterasi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bilirubina totale	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Bilirubina diretta	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
PT	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Albumina	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Gamma globuline	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

Ecografia epatica _____

COINFEZIONI

IgM anti-HBc	Pos. <input type="checkbox"/>	Neg. <input type="checkbox"/>	HBsAg	Pos. <input type="checkbox"/>	Neg. <input type="checkbox"/>
Anti-HCV	Pos. <input type="checkbox"/>	Neg. <input type="checkbox"/>	Anti-HIV	Pos. <input type="checkbox"/>	Neg. <input type="checkbox"/>
IgM anti-CMV	Pos. <input type="checkbox"/>	Neg. <input type="checkbox"/>	IgM anti-EBV	Pos. <input type="checkbox"/>	Neg. <input type="checkbox"/>

Vaccinazione anti-Epatite A	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se si, N° dosi <input type="checkbox"/>	Anno <input type="text"/>
Vaccinazione anti-Epatite B	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se si, N° dosi <input type="checkbox"/>	Anno <input type="text"/>

Diagnosi _____

Esito _____

FATTORI DI RISCHIO NELLE 2 – 6 SETTIMANA PRECEDENTI LA MALATTIA

Contatto con soggetto itterico o che è diventato itterico in seguito Si No

Scambio di cibi o bevande con un soggetto itterico o che è diventato itterico in seguito Si No

Se si, quali _____

Consumo di frutti di mare Si No

Viaggi Si No Se si, Dove _____

Locali frequentati comunemente Si No Se si, quale _____

Preferenze sessuali eterosessuale omosessuale bisessuale

Rapporti con partners multipli Si No

Tossicodipendenza Nessuna TD Passata TD Attiva

Frequentazione di SERT Si No

SE TOSSICODIPENDENTE ATTIVO:

Droghe consumate

Modalità di assunzione

Frequenza di assunzione

Scambio di siringhe Si No

Condivisione di droghe da iniettare Si No

Scambio di cucchiaini Si No

Scambio di acqua per iniezioni e cucchiaini Si No

Scambio di filtri Si No

Si rifornisce di droga sempre dalla stessa persona Si No

Altri dei casi di epatite A che si sono verificati si riforniscono dalle stesse persone Si No

E' solito lavare le mani prima della preparazione della droga Si No

Numero di persone con le quali assume droghe _____

Scambio di sigarette di cannabis Si No

Generalmente è una sola persona che prepara le dosi per tutti Si No