



# SEIEVA

## Scheda epidemiologica per la Sorveglianza dell'Epatite virale E

Regione \_\_\_\_\_ ASL\* \_\_\_\_\_ Numero Caso |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Data intervista: |\_\_|\_\_|\_\_\_\_\_| (gg/mm/aaaa)

### INFORMAZIONI SUL CASO

Trascrivere Identificativo Scheda |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nome (iniziale)*:  __ __	Cognome (iniziale)*:  __ __
Sesso*: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Data di nascita*  __ __ _____  (gg/mm/aaaa)
Comune di domicilio abituale _____	
Cittadinanza* _____	Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia  __ __
Titolo di studio (del capofamiglia, se il caso è minorenni) _____	
Professione (del capofamiglia, se il caso è minorenni) _____	

### QUADRO CLINICO DI ESORDIO

Data inizio sintomi*  __ __ _____  (gg/mm/aaaa)	
Presenza di sintomi* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se Sì, quali:	
ittero <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	diarrea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
febbre <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	urine scure <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
dolore addominale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	feci chiare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
perdita appetito/peso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	mal di testa <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
nausea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	dolori articolari <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	astenia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
altri sintomi (specificare) _____	
Quadro clinico neurologico* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se Sì, quale:	
paralisi di Bell <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	amiotrofia nevralgica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
mielite trasversa acuta <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	meningo-encefalite <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
sindrome di Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	altro (specificare) _____
Ricovero <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, durata della degenza (n. giorni)  __ __
Epatite fulminante <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

### ANAMNESI

Gravidanza in corso* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, settimana di gestazione  __ __
Malattia epatica cronica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Immunodepressione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se sì, specificare la causa:	
terap. immunosoppressive <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	HIV <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
asplenia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	diabete <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
malnutrizione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	tumore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
trapianto di organo	
o di midollo osseo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, anno  _____
altro (specificare) _____	

### COMPLICANZE

Encefalopatia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Trapianto di fegato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Decesso* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se Sì: causa iniziale _____	data  __ __ _____  (gg/mm/aaaa)

**FATTORI DI RISCHIO ALIMENTARI** (nei 2 mesi precedenti la malattia)

Acqua non controllata (pozzo, sorgente ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Frutti di mare crudi o poco cotti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, quali: <input type="checkbox"/> mitili (cozze) <input type="checkbox"/> vongole <input type="checkbox"/> fasolari <input type="checkbox"/> datteri di mare <input type="checkbox"/> cannolicchi <input type="checkbox"/> capesante <input type="checkbox"/> ostriche <input type="checkbox"/> tartufi di mare <input type="checkbox"/> telline <input type="checkbox"/> altro _____
Frutta fresca non lavata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Frutti di bosco surgelati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, quali: <input type="checkbox"/> fragole <input type="checkbox"/> mirtilli <input type="checkbox"/> lamponi <input type="checkbox"/> ribes <input type="checkbox"/> frutti di bosco misti <input type="checkbox"/> altro _____
Verdura cruda non lavata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Carne di maiale cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Insaccati/salsicce di maiale non stagionati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Salsicce di fegato di maiale non stagionate	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Carne di cinghiale cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Salsicce di cinghiale non stagionate	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Carne di altra selvaggina cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare animale _____
Carne cruda o poco cotta di altro animale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare animale _____
Frattaglie	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

**ALTRI FATTORI DI RISCHIO** (nei 2 mesi precedenti la malattia)

Storia di viaggio (una o più notti fuori dalla città di residenza abituale)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se Sì, dove _____		dal  __ _ _  al  __ _ _ _  (gg/mm/aaaa)
Vive o lavora in una fattoria/allevamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Pratica giardinaggio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Ha un orto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Utilizza letame per concimare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Pratica la caccia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Ha animali domestici (cani, gatti, roditori ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Ha animali da allevamento (maiali, bovini, polli ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Ha contatti con soggetti che hanno avuto la stessa diagnosi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, indicare tipo di rapporto _____
Trasfusione di sangue o emoderivati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

**DATI DI LABORATORIO**

Data prelievo |\_\_|\_|\_|\_| (gg/mm/aaaa)

IgM anti-HEV*	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	IgG anti-HEV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
HEV-RNA su siero*	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	HEV-RNA su feci*	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
Se RNA Positivo:	Genotipo  _____		
Valori MASSIMI dei seguenti test ematici:			
AST /GPT	__ _ _ _  UI/L	Bilirubina totale	__ _ _ , __  mg/dl
ALT / GOT	__ _ _ _  UI/L	Bilirubina diretta	__ _ _ , __  mg/dl
Anti-HBc (totali)	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	IgM anti-HAV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
IgM anti-HBc	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
HBsAg	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	HCV-RNA	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato

**NOTE** \_\_\_\_\_

Intervistatore \_\_\_\_\_