

	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	giorno _ _	mese _ _	anno _ _
	Comune di domicilio abituale _____		Cognome iniziale	_
	Cittadinanza _____		Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni _ _	
	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?	giorno _ _ mese _ _ anno _ _		
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?	giorni _ _		
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?	giorni _ _	
4.b	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _ _	
4.c	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _ _	
4.d	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _ _	
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
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 giorno _ _ mese _ _ anno _ _		
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
9.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____	data	giorno _ _ mese _ _ anno _ _	
9.b	2° dose - tipo vaccino _____	data	giorno _ _ mese _ _ anno _ _	
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 giorno _ _ mese _ _ anno _ _	
14.b	Ospedale _____	Reparto _____	Quando giorno _ _ mese _ _ anno _ _	
14.c	Ospedale _____	Reparto _____	Quando giorno _ _ mese _ _ anno _ _	
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
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

