




Allegato 1

Definizione di caso confermato

<p>EPATITE A (virus dell'epatite A) Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:</p> <p>Criteri clinici Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti), e almeno una delle seguenti tre manifestazioni: — febbre, — ittero, — livelli elevati di transaminasi sieriche.</p> <p>Criteri di laboratorio Almeno uno dei seguenti tre criteri: — identificazione dell'acido nucleico del virus dell'epatite A nel siero o nelle feci — risposta anticorpale alle IgM anti virus dell'epatite A, — identificazione dell'antigene del virus dell'epatite A nelle feci.</p> <p>Rientrano tra i casi di epatite A anche quei soggetti che, in assenza di segni clinici, risultino positivi alla ricerca di IgM anti-HAV.</p>	<p>EPATITE E (virus dell'epatite E) Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:</p> <p>Criteri clinici Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti), e almeno una delle seguenti tre manifestazioni: — febbre, — ittero, — livelli elevati di transaminasi sieriche.</p> <p>Criteri di laboratorio Che soddisfi tutti i seguenti criteri: — risposta anticorpale alle IgM anti virus dell'epatite E, — mancata risposta anticorpale alle IgM anti virus dell'epatite A — mancata risposta anticorpale alle IgM contro l'antigene del core del virus dell'epatite B.</p> <p>Rientrano tra i casi di epatite E anche quei soggetti che, in assenza di segni clinici, risultino positivi alla ricerca di IgM anti-HEV.</p>
<p>EPATITE B (virus dell'epatite B) Qualsiasi persona che risultati positiva alla ricerca dell'anticorpo IgM contro l'antigene del core del virus dell'epatite B (anti-HBc IgM). Il quadro clinico del soggetto non è pertinente ai fini della sorveglianza.</p>	<p>EPATITE Delta (virus dell'epatite D) Qualsiasi persona che risultati positiva alla ricerca dell'anticorpo IgM anti virus dell'epatite D (anticorpi anti HDV-IgM) Il quadro clinico del soggetto non è pertinente ai fini della sorveglianza.</p>
<p>EPATITE C (virus dell'epatite C) Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:</p> <p>Criteri clinici Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti), e almeno una delle seguenti tre manifestazioni: — febbre, — ittero, — livelli elevati di transaminasi sieriche.</p> <p>Criteri di laboratorio Almeno uno dei seguenti due criteri: — identificazione dell'acido nucleico del virus dell'epatite C (HCV RNA), — identificazione dell'antigene del core del virus dell'epatite C (HCV-core).</p>	<p>EPATITE NonA-NonE Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:</p> <p>Criteri clinici Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti), e almeno una delle seguenti tre manifestazioni: — febbre, — ittero, — livelli elevati di transaminasi sieriche.</p> <p>Criteri di laboratorio — mancata risposta a qualsiasi marcatore di epatite virale nota.</p>

Questionario epidemiologico SEIEVA

 Istituto Superiore di Sanità Rep. Epid. Clinica e Linee Guida		QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)		Trascrivere Identificativo Scheda _____					
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 _____		Cognome iniziale _____ Nome iniziale _____							
Comune di domicilio abituale _____									
Cittadinanza _____ Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni _____									
Età _____		Sesso <input type="checkbox"/> 1 Maschio <input type="checkbox"/> 2 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 Si	<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 Si	<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 Si	<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 Si	<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 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
6	Ha consumato frutti di bosco?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<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	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
7	Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
8	Ha trascorso almeno una o piu' notti fuori dalla sua città?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<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	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
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 Si	<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 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
12	Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<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 Si	<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 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
14.a	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 Si	<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	<input type="checkbox"/> 4 altro	<input type="checkbox"/> 8 Non so
15.b	Se Sì, ha mai avuto contatti con un SERT?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
16	Ha avuto un trattamento dentario?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<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 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
18	Si è fatto un tatuaggio?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
19	Le è stata praticata l'ago puntura?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
20	Si è rasato dal barbiere?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
21	E' stato dal callista o dal manicure?				<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		



**QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO
DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)**

22	E' stato emodializzato?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
23	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	<input type="checkbox"/> 1 Si, una dose	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
		<input type="checkbox"/> 2 Si, due dosi		
		<input type="checkbox"/> 3 Si, tre dosi		
23.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno __	__ mese __	__ anno __
23.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno __	__ mese __	__ anno __
23.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno __	__ mese __	__ anno __
24	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
24.a	Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25	Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25.a	Se Sì: Tipo di relazione _____			
25.b	Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25.c	Se Sì, perché non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non ero sicuro dell'efficacia		
		<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali		
		<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi		
		<input type="checkbox"/> 4 Altro _____		
26	Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
27	Ha un convivente tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
28	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
28.a	Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali?	N. Partner maschili __ __ femminili __ __		
29	Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi ?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
30	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
30.a	Se Sì, ha utilizzato il profilattico	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 3 Mai
31	Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	N. Persone __ __		
32	Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
33	E' donatore periodico di sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
34	In passato ha eseguito un test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
34.a	Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO				
35	AST __ __ __ __ ALT __ __ __ __ Bilirubina Totale __ __ , __ Bilirubina Diretta __ __ , __ INR __ __ , __ __			
36	RISULTATI DI LABORATORIO Data del prelievo di sangue	giorno __	__ mese __	__ anno __
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
40	E' positivo per anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42.a	Se Sì, livello viremia	__ __ __ __ __ __		
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
44	DECORSO CLINICO Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45	Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46	Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47	Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47.a	In caso di decesso indicare la data	giorno __	__ mese __	__ anno __
	Causa iniziale: _____			
48	Commenti: _____			
	Firma dell'intervistatore _____			