

Counseling pre test:

Effettuato counselling pre test? Si No Non lo so

Screening test HIV:

Test HIV effettuato Si No

Data raccolta del campione:

Giorno Mese Anno

Tipologia di test utilizzato Test rapido ematico Test rapido orale Test convenzionale (Elisa)

Risultato test di screening: Reattivo Non reattivo Indeterminato

E' stato effettuato un ulteriore test? Si No Non lo so
Che tipo di test? Test rapido ematico Test rapido orale Test convenzionale (Elisa)
Risultato del test: Reattivo Non reattivo

Il cliente ha ricevuto il risultato del test di screening? Si No Non lo so
Data di ricezione del risultato del test di screening: Giorno Mese Anno

Counseling post test:

Counseling post test effettuato? Si No Non lo so

Test HIV di conferma:

E' stato effettuato il test di conferma Si No Non lo so

Data raccolta del campione:

Giorno Mese Anno

Risultato del test HIV di conferma: Positivo Negativo Inconcludente

Il cliente ha ricevuto il risultato del test di conferma? Si No Non lo so
Data di ricezione del risultato del test di conferma: Giorno Mese Anno

Accesso al sistema sanitario per le persone positive all'HIV:

Il paziente è stato messo in contatto con il sistema sanitario Si No Non lo so

Giorno della messa in contatto:

Giorno Mese Anno

Primo risultato conta CD4: _____
Data della prima conta CD4: Giorno Mese Anno

Modulo B

Test sifilide:

Precedente test della sifilide Si No Non lo so
Ultimo test sifilide effettuato: Meno di tre mesi Meno di 12 mesi
 Più di 12 mesi Non lo so

Precedente diagnosi della sifilide Si No Non lo so
Data dell'ultima diagnosi di sifilide: Giorno Mese Anno

Effettuato test sifilide Si No
Data raccolta del campione: Giorno Mese Anno

Tipologia di test utilizzato: Test rapido Test convenzionale

Risultato test rapido: Reattivo Non reattivo
Test di diagnosi effettuato? Si No Non lo so
Data raccolta del campione: Giorno Mese Anno

Diagnosi sifilide: Infezione attiva Cicatrice sierologica (infezione vecchia o curata) Non lo so Negativo

Test HCV:

Precedente test HCV Si No Non lo so
Ultimo test HCV effettuato: Meno di tre mesi Meno di 12 mesi
 Più di 12 mesi Non lo so

Precedente diagnosi HCV Si No Non lo so
Data dell'ultima diagnosi di HCV: Giorno Mese Anno

Test effettuato HCV Si No
Data raccolta del campione: Giorno Mese Anno

Tipologia di test utilizzato: Test rapido orale Test rapido ematico Test convenzionale

Risultato test rapido: Reattivo Non reattivo
Test HCV RNA effettuato? Si No Non lo so
Data raccolta del campione: Giorno Mese Anno

Diagnosi HCV: Infezione attiva Cicatrice sierologica (infezione vecchia o curata) Non lo so Negativo

Vaccinazioni IST:

Vaccinazione per Epatite A (tutte le dosi richieste) Si No Non lo so

Vaccinazione per Epatite B (tutte le dosi richieste) Si No Non lo so

Vaccinazione per Papilloma Virus (with all required dosis) Si No Non lo so

Altre vaccinazione da considerare (with all required dosis) Si No Non lo so
Quali altre? _____

Commenti _____