

Nome del centro CBVCT: \_\_\_\_\_ Luogo del test:  Check Point / Ufficio CBVCT  Luogo Pubblico (farmacia, libreria)

Città del centro CBVCT: \_\_\_\_\_  All'aperto/Van  Luogo di ritrovo (bar)

Data della visita: \_\_\_\_\_  Luogo della prostituzione  Drop In

Giorno Mese Anno

Chi effettua il test:  Professionista sanitario  operatore laico (non peer)  Peer  Altro: \_\_\_\_\_

Codice identificativo (usato dal centro CBVCT): \_\_\_\_\_

Codice identificativo (COBATEST): \_\_\_\_\_

(0 uomo (cis), 1 donna (cis), 2 uomo trans, donna trans o non binario) Genere (0-9) Giorno (0-9) Mese (0-9) Anno (0-9) N di fratelli maschi maggiori (0-9) N di sorelle maggiori (0-9) Prima lettera del nome della mamma (A-Z)

**Informazioni del cliente:**

Genere:  Uomo (cis)  Donna (cis)  Uomo trans  Donna trans  Non binario  Altro: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Giorno Mese Anno

Nazionalità straniera:  Sì  No  Non lo so

Paese di provenienza: \_\_\_\_\_

Paese: (se migrante) \_\_\_\_\_

L'utente è:  Turista  Soggiornante di lungo periodo

Residenza o Domicilio: \_\_\_\_\_

Studente straniero  Rifugiato  Residente

Lavoratore straniero  Migrante senza documenti  Altro: \_\_\_\_\_

Migrante richiedente asilo  Cittadino naturalizzato

Hai accesso gratuito al sistema sanitario?  Sì  No  Altro: \_\_\_\_\_

Sei stato un senza dimora negli ultimi 12 mesi? (vivere per strada, in un rifugio, in macchina...)  Sì, attualmente  Sì, ma non attualmente  No  Non lo so  Rifiuto di rispondere

**Ragioni per cui si effettua il test:** (risposta multipla)

<input type="checkbox"/> <b>Corso un rischio</b>	<input type="checkbox"/> <b>Per controllo/screening</b>	<input type="checkbox"/> <b>Periodo finestra del precedente test</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sintomi clinici</b>
<input type="checkbox"/> Rapporto vaginale non protetto	<input type="checkbox"/> Me lo ha chiesto il partner		
<input type="checkbox"/> Rapporto anale non protetto	<input type="checkbox"/> Prima di smettere di utilizzare il preservativo		
<input type="checkbox"/> Rapporto orale non protetto	<input type="checkbox"/> Vorrei avere un bambino		
<input type="checkbox"/> Rottura del preservativo	<input type="checkbox"/> Controllo prenatale: prima di partorire		
<input type="checkbox"/> Sesso non protetto con sex worker	<input type="checkbox"/> Controllo di routine		
<input type="checkbox"/> Il partner è risultato positivo recentemente	<input type="checkbox"/> Per conoscere il mio stato di salute		
<input type="checkbox"/> Episodio di condivisione di materiale iniettivo	<input type="checkbox"/> Per motivi relativi alla PrEP		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> <b>Altro:</b> _____	

**Ragioni per cui effettua il test in questo centro CBVCT:** (risposta multipla)

Sono già venuto  Ho letto del centro su un volantino  Altro: \_\_\_\_\_

Un amico me ne ha parlato  Ho letto del centro su internet

**Fattori comportamentali:**

Sesso negli ultimi 12 mesi con (risposta multipla):  Uomini (cis)  Donne (cis)  Uomini trans  Donne trans  Non binari  Non ho fatto sesso  Non lo so

Utilizzo del preservativo durante l'ultimo rapporto penetrativo  Sì  No  Non lo so

Negli ultimi 12 mesi hai ricevuto denaro, droga o servizi in cambio di sesso  Sì  No  Non lo so

Negli ultimi 12 mesi hai ricevuto una diagnosi di IST  Sì  No  Non lo so

Utilizzi droghe?  Sì  No  Non lo so

Come utilizzi la droga? (risposta multipla):

<input type="checkbox"/> Iniettata	→ Ultima volta:	<input type="checkbox"/> Meno di 30 giorni fa	<input type="checkbox"/> Meno di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Più di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Non lo so
<input type="checkbox"/> Sniffata/sbuffata	→ Ultima volta:	<input type="checkbox"/> Meno di 30 giorni fa	<input type="checkbox"/> Meno di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Più di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Non lo so
<input type="checkbox"/> Fumata	→ Ultima volta:	<input type="checkbox"/> Meno di 30 giorni fa	<input type="checkbox"/> Meno di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Più di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Non lo so
<input type="checkbox"/> Orale	→ Ultima volta:	<input type="checkbox"/> Meno di 30 giorni fa	<input type="checkbox"/> Meno di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Più di 12 mesi	<input type="checkbox"/> Non lo so
<input type="checkbox"/> Altro	→ Quale altro?	_____			

Principali sostanze utilizzate:  Cannabis  Cocaina/Crack  Anfetamina/metanfetamina  MDMA  Eroina/altri oppioidi  Nuove sostanze psicoattive  Altro: \_\_\_\_\_

Materiale di iniezione utilizzato che è già stato utilizzato da altri negli ultimi 12 mesi, come: Siringhe o aghi  Sì  No  Non lo so

Cucchiaini, filtri, acqua...  Sì  No  Non lo so

Utilizzare altro materiale per l'uso di droghe non per via parenterale già utilizzato da altri negli ultimi 12 mesi?  Sì  No  Non lo so

Ti sei mai iniettato una droga in prigione?  Sì  No  Mai in prigione  Non lo so

Attualmente stai prendendo farmaci agonisti agli oppioidi?  Sì  No  Non lo so

**Vaccinazioni IST:**

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

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

Vaccinazione per Papilloma Virus (tutte le dosi richieste)  Sì  No  Non lo so

Vaccinazione per Monkeypox (tutte le dosi richieste)  Sì  No  Non lo so

**Test:**

**Screening test HIV:**

Precedente test HIV:

Sì  No  Non lo so

Ultimo test HIV effettuato:

Meno di tre mesi  Meno di 12 mesi  
 Più di 12 mesi  Non lo so

Precedente diagnosi per HIV

Sì  No  Non lo so

Anno della diagnosi dell'HIV:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Anno

Terapia antiretrovirale per HIV  Sì  No  Non lo so

Test HIV effettuato

Sì  No

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?

Sì  No  
 Non lo so

Che tipo di test?

Test rapido ematico  Test rapido orale  Test convenzionale (Elisa)

Risultato del test:

Reattivo  Non reattivo

E' stato effettuato il test di conferma

Sì  No  Non lo so

**Risultato del test HIV di conferma:**

Positivo  Negativo  Inconcludente

Invio al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Presenza in carico al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Data di presa in carico:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Giorno Mese Anno

**Test sifilide:**

Precedente test per sifilide

Sì  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 di sifilide

Sì  No  Non lo so

Anno dell'ultima diagnosi di sifilide:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Anno

Effettuato test sifilide

Sì  No

Tipologia di test utilizzato:

Test rapido  Test convenzionale

**Risultato test di screening:**

Reattivo  Non reattivo

Test di conferma effettuato?

Sì  No  Non lo so

**Diagnosi sifilide:**

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

Invio al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Presenza in carico al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Data di presa in carico:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Giorno Mese Anno

**Test HCV:**

Precedente test per HCV

Sì  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 di HCV

Sì  No  Non lo so

Anno dell'ultima diagnosi di HCV:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Anno

Hai ricevuto il trattamento?

Sì  No  
 Non lo so

Quale trattamento?

Interferone →  Trattamento completato  Trattamento interrotto  Non lo so  
 Nuova DAA →  Trattamento completato  In trattamento  Trattamento interrotto  Non lo so  
 Non lo so

Effettuato test HCV

Sì  No

Tipologia di test utilizzato:

Test rapido orale  Test rapido ematico  Test convenzionale

**Risultato test di screening:**

Reattivo  Non reattivo

Test HCV RNA effettuato?

Sì  No  Non lo so

**Diagnosi HCV:**

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

Invio al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Presenza in carico al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Data di presa in carico:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Giorno Mese Anno

**Test HBV:**

Precedente test per HBV

Sì  No  Non lo so

Ultimo test HBV effettuato:

Meno di tre mesi  Meno di 12 mesi  
 Più di 12 mesi  Non lo so

Precedente infezione da HBV

Sì  No  Non lo so

Anno dell'ultima diagnosi di HBV:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Anno

Effettuato test HBV

Sì  No

Tipologia di test utilizzato:

Test rapido  Test convenzionale

**Risultato test di screening:**

Reattivo  Non reattivo

Test di conferma effettuato?

Sì  No  Non lo so

**Diagnosi HBV:**

Positivo  Negativo  Sconosciuto

Diagnosi HBV come:  Infezione acuta  Portatore sano  Infezione cronica  
 Precedente infezione curata  Non lo so

Invio al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Presenza in carico al centro clinico

Sì  No  Non lo so

Data di presa in carico:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Giorno Mese Anno

**Commenti**