COBATEST NETWORK

MODULO DI RACCOLTA DATI
ALTRE IST

Data della visita: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Giorno / Mese / Anno)

Codice identificativo (COBATEST): ☐ Genere (0 uomo (cis), 1 donna (cis), 2 uomo trans, donna trans o non binario) ☐☐ Giorno ☐☐ Mese di nascita ☐☐☐☐ Anno ☐ N di fratelli maschi maggiori ☐ N di sorelle maggiori ☐ Prima lettera del nome della mamma

Precedenti test per IST:

Sei mai stato testato per qualche IST? ☐ Sì → Anno di effettuazione dell'ultimo test: ☐☐☐☐ Anno
☐ No
☐ Non lo so

Ti è stata diagnosticata una IST negli ultimi 12 mesi? ☐ Sì → Quale?
☐ No
☐ Non lo so

- ☐ Sifilide
- ☐ Gonorrea
- ☐ Chlamidia
- ☐ Herpes genitalee
- ☐ Papilloma virus (verruche genitalei)
- ☐ Linfogranuloma
- ☐ Tricomoniasi
- ☐ Altro: _____

Hai ricevuto e completato il trattamento? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Screening Clamidia e Gonorrea:

Presenza di sintomi per clamidia/gonorrea? ☐ Sì → Quali (risposta multipla):
☐ No
☐ Non lo so

- ☐ Dolore genitale/rettale
- ☐ Fluidi genitali anormali
- ☐ Altro: _____

Chlamydia test:

Test per Clamidia eseguito? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so → Data di raccolta del campione: ☐☐ Giorno ☐☐ Mese ☐☐☐☐ Anno

Tipo di campione raccolto *(risposta multipla)*: ☐ Campione di urine ☐ Tampone genitale ☐ Tampone rettale ☐ Tampone faringeo

Tipo di test utilizzato: ☐ PCR convenzionale ☐ PCR al punto di cura (Genexpert) ☐ Rapid test ☐ Non lo so

Risultato del test: ☐ **Positivo** ☐ **Negativo** ☐ **Indeterminato**

Il test è stato ripetuto? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Risultato del test: ☐ **Positivo** ☐ **Negativo** ☐ **Indeterminato**

È stato fornito il trattamento? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so → Data del trattamento: ☐☐ Giorno ☐☐ Mese ☐☐☐☐ Anno

Test per Gonorrea:

Test per Gonorrea eseguito? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so → Data di raccolta del campione: ☐☐ Giorno ☐☐ Mese ☐☐☐☐ Anno

Tipo di campione raccolto *(risposta multipla)*: ☐ Campione di urine ☐ Tampone genitale ☐ Tampone rettale ☐ Tampone faringeo

Tipo di test utilizzato: ☐ PCR convenzionale ☐ PCR al punto di cura (Genexpert) ☐ Rapid test ☐ Non lo so

Risultato del test: ☐ **Positivo** ☐ **Negativo** ☐ **Indeterminato**

Il test è stato ripetuto? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Risultato del test: ☐ **Positivo** ☐ **Negativo** ☐ **Indeterminato**

È stato fornito il trattamento? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so → Data del trattamento: ☐☐ Giorno ☐☐ Mese ☐☐☐☐ Anno