

Allegato 2 – QUESTIONARIO PER I MALATI

Questionario n. _____

Data _____

PARTE 1. Notizie demografiche

(se si tratta di minorenni, indicare anche le notizie demografiche del genitore o di chi ne fa le veci)

COGNOME E NOME					
COGNOME, NOME, INDIRIZZO e RECAPITO TELEFONICO (del genitore o di chi ne fa le veci, se l'intervistato è minorenne)					
INDIRIZZO		COMUNE		CAP	
DATA DI NASCITA	SESSO	TEL.	OCCUPAZIONE	<input type="checkbox"/> alimentarista <input type="checkbox"/>	
MEDICO CURANTE			TEL.		

PARTE 2. Informazioni cliniche

SINTOMI	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	PRONTO SOCCORSO	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Data inizio	Ora		DAY-HOSPITAL	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
SINTOMI TERMINATI			RICOVERO	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Se sì	Data	Ora	Dove		
			Motivo ricovero		
			Data ricovero		
			Ora		
			Data dimissioni		
NAUSEA	<input type="checkbox"/>		FARMACI ASSUNTI	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
VOMITO	<input type="checkbox"/>		Nome o tipologia farmaco		
DOLORI ADDOMINALI	<input type="checkbox"/>		Antibiotici NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> quali:		
DIARREA	<input type="checkbox"/>		Per quanti giorni		
SCARICHE/die	<input type="checkbox"/>		Fino al		
FEBBRE °T max	<input type="checkbox"/>		Altre patologie/allergie presenti		
ERITEMA/ROSSORE	<input type="checkbox"/>		Indagini di laboratorio eseguite NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
ITTERO/URINE IPERCROMICHE	<input type="checkbox"/>		Data		
ALTRI SINTOMI	<input type="checkbox"/>		Tipo di esame		
	<input type="checkbox"/>		Esito		
	<input type="checkbox"/>		Data		
	<input type="checkbox"/>		Tipo di esame		
	<input type="checkbox"/>		Esito		

Note _____

Parte 3.

Qualcuno della sua famiglia ha avuto gli stessi suoi sintomi?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Chi		Quando	
Chi		Quando	
Qualcuno della sua famiglia è risultato positivo all'esame coprologico?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Chi		Quando	
È venuto a conoscenza di altre persone con sintomi simili?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Ha avuto esperienze comuni con queste persone? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Quali?	
Nei giorni precedenti la malattia (24h se non presentava febbre/72h se presentava febbre) dove ha consumato o acquistato pasti pronti?	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Mensa <input type="checkbox"/> Gastronomia/negozio <input type="checkbox"/> Altro	Dove Dove Dove Dove Dove Dove	
	Nei giorni precedenti la malattia (24h se non presentava febbre/72h se presentava febbre) ha consumato qualche piatto contenente:		Luogo acquisto Marca
CARNE	Carne cruda	<input type="checkbox"/>	
	Carne macinata (hamburger, polpette)	<input type="checkbox"/>	
	Salsiccia (cruda o cotta)	<input type="checkbox"/>	
	Cacciagione	<input type="checkbox"/>	
	Carne di pollo	<input type="checkbox"/>	
	Carne di suino	<input type="checkbox"/>	
	Arrosti, roast-beef, kebab	<input type="checkbox"/>	
	Salumi	<input type="checkbox"/>	
	Carne alla brace	<input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/>		
PRODOTTI DELLA PESCA	Pesce crudo (sushi)	<input type="checkbox"/>	
	Molluschi (cozze, vongole) o crostacei	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
LATTE e LATTICINI	Latte crudo (non bollito)	<input type="checkbox"/>	
	Formaggi a latte non pastorizzato	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
UOVA	Uova crude (maionese, creme, zabaione, alla coque, tiramisù, ...)	<input type="checkbox"/>	
	Uova di pollaio domestico	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
FRUTTA e VERDURA	Verdure crude non disinfettate	<input type="checkbox"/>	
	Frutta non sbucciata non lavata	<input type="checkbox"/>	
	Verdura confezionata pronta all'uso	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
CONSERVE ARTIGIANALI	Conserve vegetali (sott'olio)	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
FUNGHI	Raccolti, regalati, acquistati	<input type="checkbox"/>	
Altri cibi		<input type="checkbox"/>	
La settimana precedente la malattia ha avuto contatti con animali domestici?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Quali? Cani, gatti, cavalli, bovini, piccioni, pappagalli, galline, tartarughe d'acqua, iguane, conigli, criceti,			
La settimana precedente la malattia ha bevuto da fonti d'acqua diverse dall'acquedotto comunale?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
L'acqua normalmente utilizzata per uso alimentare, igienico e/o domestico proviene da:			
pozzo privato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		acquedotto comunale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Ha nuotato nei 7 giorni precedenti la malattia? Se sì, dove?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Ha viaggiato all'estero negli ultimi 7 giorni? Se sì, dove?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Scheda compilata da			
Qualifica		In data	