

**A CURA DELL'OPERATORE**

Città del test: ORTA DI ATELLA	Data del test: ____/____/20____
Luogo del test: <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Luogo di divertimento (bar, etc) <input type="checkbox"/> Luogo di prostituzione <input type="checkbox"/> Sauna/Cruising/Sex Club <input type="checkbox"/> Luogo all'aperto (cruising, etc) <input type="checkbox"/> Eventi speciali LGBTI+	<b>CODICE INDIVIDUALE</b> 1. Sesso: M(0), F(1), T(2) <input type="checkbox"/> 2. Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____ 3. N° fratelli (maschi) maggiori <input type="checkbox"/> 4. N° sorelle maggiori <input type="checkbox"/> 5. Iniziale nome madre <input type="checkbox"/>
TEST RICHIESTO <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sifilide <input type="checkbox"/> Epatite C	

**A CURA DEL MEDICO**

Ti hanno già diagnosticato l'HIV in passato?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricordo
Ti hanno già diagnosticato la sifilide in passato?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricordo
Ti hanno già diagnosticato l'HCV in passato?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ricordo

1. Genere  F  M  MtF  FtM
2. Cittadinanza:  ITA  Specificare \_\_\_\_\_
3. Ti definisci:  ETEROSESSUALE  OMOSESSUALE/GAY/LESBICA  QUEER  
 BISESSUALE  SPECIFICARE \_\_\_\_\_
4. Hai effettuato un test HIV in passato?  NO  SI → (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Negli ultimi 12 mesi, ti è stata diagnosticata una malattia a trasmissione sessuale?  
(Es: sifilide, herpes genitale, gonorrea, chlamydia, condilomi, etc...)  
 SÌ  NO  NON RICORDO
6. Per fare il test preferisci questa modalità (rapida in un luogo diverso dall'ospedale) o preferisci recarti in ospedale/centro clinico?  
 Preferisco questa modalità  Preferisco l'Ospedale/Centro clinico  È indifferente
7. Negli ultimi 12 mesi **con quanti/e partner** hai fatto sesso (ogni tipo di sesso: orale, anale, vaginale)?
 

UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
CISGENDER <sup>A</sup>	CISGENDER <sup>A</sup>	TRANSGENDER <sup>B</sup>	TRANSGENDER <sup>B</sup>
<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Nessuno
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2-10	<input type="checkbox"/> 2-10	<input type="checkbox"/> 2-10	<input type="checkbox"/> 2-10
<input type="checkbox"/> 11-50	<input type="checkbox"/> 11-50	<input type="checkbox"/> 11-50	<input type="checkbox"/> 11-50
<input type="checkbox"/> Più di 50	<input type="checkbox"/> Più di 50	<input type="checkbox"/> Più di 50	<input type="checkbox"/> Più di 50
8. Negli ultimi 12 mesi **hai fatto sesso** sotto l'effetto di droghe o alcool?  
 Sempre  Spesso  Qualche volta  Mai



*A = persona a proprio agio con il proprio genere biologico  
B = termine ombrello per le persone la cui identità di genere non corrisponde al genere e/o al sesso che gli è stato assegnato*

a. Se sì, quali:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcool            | <input type="checkbox"/> Poppers (nitriti alchilici) | <input type="checkbox"/> Mefedrone (4MMC/drone/meow meow)       |
| <input type="checkbox"/> Eroina            | <input type="checkbox"/> Ecstasy (E/MD/MDMA)         | <input type="checkbox"/> Metanfetamine (meth/crystal/ice/speed) |
| <input type="checkbox"/> Cocaina (crack)   | <input type="checkbox"/> LSD (acido/trip)            | <input type="checkbox"/> Cannabis (marijuana/hashish)           |
| <input type="checkbox"/> GHB (GBL/G/juice) | <input type="checkbox"/> Ketamina (special K)        | <input type="checkbox"/> Altro _____                            |

9. Negli ultimi 12 mesi hai avuto **rapporti anali o vaginali?**

- |                                      |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| CON UOMINI                           | CON DONNE                            | CON UOMINI                           | CON DONNE                            |
| CISGENDER <sup>A</sup>               | CISGENDER <sup>A</sup>               | TRANSGENDER <sup>B</sup>             | TRANSGENDER <sup>B</sup>             |
| <input type="checkbox"/> Sì          | <input type="checkbox"/> Sì          | <input type="checkbox"/> Sì          | <input type="checkbox"/> Sì          |
| <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> No          | <input type="checkbox"/> No          |
| <input type="checkbox"/> Non ricordo | <input type="checkbox"/> Non ricordo | <input type="checkbox"/> Non ricordo | <input type="checkbox"/> Non ricordo |

a. **Se sì**, hai usato **sempre il preservativo?**

- Sì                       No                       Non ricordo

10. Se hai avuto **rapporti anali senza preservativo** negli ultimi 12 mesi, questi erano con:

- Partner fisso/i       Partner occasionali e/o scopamici                       Non pertinente

11. L'ultima volta che hai fatto **sexo anale con partner occasionale/i**, avete usato il preservativo?

- SÌ       NO       NON RICORDO       Non ho avuto partner occasionali negli ultimi 12 mesi

12. Negli ultimi **12 mesi**, hai fatto **sexo orale (ad es. fatto un pompino) senza preservativo?**

- Sempre     Spesso       Qualche volta       Mai
- a. Se sì, ti è mai successo che ti eiaculassero in bocca?
- Sempre     Spesso       Qualche volta       Mai
- b. Se ti è successo che ti eiaculassero in bocca, è stato **con partner occasionale/i?**
- Sempre     Spesso       Qualche volta       Mai

13. Negli ultimi 12 mesi, hai fatto sesso anale con partner **sieropositivi (con HIV)?**

- SÌ                       NO                       NON SO

- Se sì:     con preservativo
- senza preservativo, ma in terapia e carica virale non rilevabil
- senza preservativo, ma non avevo informazioni su terapia/carica virale
- altro \_\_\_\_\_

14. Negli ultimi 12 mesi hai evitato di fare sesso (incluso quello orale) con partner perché **sieropositivi (con HIV)?**

- No, non ho mai evitato
- Sì, ho evitato almeno una volta
- Non ho conosciuto partner consapevoli o che mi hanno detto di essere sieropositivi

Il questionario è terminato, grazie. Per favore, lo consegna al medico.

A CURA DEL MEDICO	
RISULTATO TEST RAPIDO HIV	RISULTATO TEST RAPIDO SIFILIDE
<input type="checkbox"/> REATTIVO <input type="checkbox"/> NON REATTIVO	<input type="checkbox"/> REATTIVO <input type="checkbox"/> NON REATTIVO
RISULTATO TEST RAPIDO HCV	
<input type="checkbox"/> REATTIVO <input type="checkbox"/> NON REATTIVO	