

A CURA DELL'OPERATORE

Città del test: _____ Data del test: ____/____/20____

<p>Luogo del test:</p> <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+	<p>CODICE INDIVIDUALE</p> <p>1. Sesso: M(0), F(1), T(2) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____</p> <p>3. N° fratelli (maschi) maggiori <input type="checkbox"/></p> <p>4. N° sorelle maggiori <input type="checkbox"/></p> <p>5. Iniziale nome madre <input type="checkbox"/></p>
--	--

TEST RICHIESTO HIV Sifilide Epatite C

A CURA DEL MEDICO

Ti hanno già diagnosticato l'HIV in passato? Si No Non ricordo

Ti hanno già diagnosticato la sifilide in passato? Si No Non ricordo

Ti hanno già diagnosticato l'HCV in passato? Si No Non ricordo

- Genere F M MtF FtM
- Cittadinanza: ITA Specificare _____
- Ti definisci: ETEROSESSUALE OMOSESSUALE/GAY/LESBICA QUEER
 BISESSUALE SPECIFICARE _____
- Hai effettuato un test HIV in passato? NO SI → (mese/anno) ____/____
- 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
- 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
- Negli ultimi 12 mesi **con quanti/e partner** hai fatto sesso (ogni tipo di sesso: orale, anale, vaginale)?

<p>UOMINI</p> <p>CISGENDER^A</p> <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10 <input type="checkbox"/> 11-50 <input type="checkbox"/> Più di 50	<p>DONNE</p> <p>CISGENDER^A</p> <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10 <input type="checkbox"/> 11-50 <input type="checkbox"/> Più di 50	<p>UOMINI</p> <p>TRANSGENDER^B</p> <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10 <input type="checkbox"/> 11-50 <input type="checkbox"/> Più di 50	<p>DONNE</p> <p>TRANSGENDER^B</p> <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10 <input type="checkbox"/> 11-50 <input type="checkbox"/> Più di 50
--	---	--	---
- 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 ^A | CISGENDER ^A | TRANSGENDER ^B | TRANSGENDER ^B |
| <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 **sex 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 **sex 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 **sex 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 consegni 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	