

## SCHEDA PAZIENTE FONTE (Da compilare a cura del Sanitario che valuta la fonte)

☐ NOTO    ☐ NON NOTO    ☐ NON DETERMINABILE

GENERALITA'

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

### ANAMNESTICAMENTE A RISCHIO PER:

☐ HBV                      ☐ NO ☐ SI \_\_\_\_\_

☐ HCV                      ☐ NO ☐ SI \_\_\_\_\_

☐ HIV<sup>(NOTA1)</sup>              ☐ NO ☐ SI \_\_\_\_\_

ANAMNESTICAMENTE CON INFEZIONE DA HIV?

☐ NO

☐ SI

(NOTA 1) ELEMENTI ANAMNESTICI DI RISCHIO DEL PAZIENTE FONTE (indicate dalle Linee Guida Ministeriali) da valutare in attesa o in assenza del test HIV:

- Tossicodipendenza attuale o pregressa
- Rapporti sessuali con soggetti infetti da HIV o ad alto rischio mai testati
- Anamnesi e/o clinica positive per malattie a trasmissione sessuale
- Fonte sconosciuta (valutazione dell'esposizione)

ALTRE NOTIZIE UTILI AI FINI DELLA PREVENZIONE SULL'OPERATORE INFORTUNATO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Sanitario

\_\_\_\_\_