

REGISTRO ITALIANO PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE AD HIV CON ANTIRETROVIRALI

Scheda di segnalazione di caso per OPERATORE SANITARIO

Centro clinico (timbro) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																					
Identificativo anonimo dell'esposizione _____ Data esposizione ____/____/____ Ora ____,____ Data inizio profilassi ____/____/____ Ora ____,____																					
Caratteristiche dell'operatore esposto Età _____ Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Qualifica professionale <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;">Medico dipendente <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 45%;">Tecnico <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Medico non dipendente <input type="checkbox"/></td> <td>Ausiliario/OTA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Studente in medicina <input type="checkbox"/></td> <td>Ostetrica <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infermiere <input type="checkbox"/></td> <td>Altro, specificare <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allievo infermiere <input type="checkbox"/></td> <td>_____ <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Area di lavoro abituale <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;">Medicina <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 45%;">Terapia Intensiva/Rianimazione <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chirurgia <input type="checkbox"/></td> <td>Pronto Soccorso <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malattie Infettive <input type="checkbox"/></td> <td>Altro, specificare <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Laboratorio <input type="checkbox"/></td> <td>_____ <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Medico dipendente <input type="checkbox"/>	Tecnico <input type="checkbox"/>	Medico non dipendente <input type="checkbox"/>	Ausiliario/OTA <input type="checkbox"/>	Studente in medicina <input type="checkbox"/>	Ostetrica <input type="checkbox"/>	Infermiere <input type="checkbox"/>	Altro, specificare <input type="checkbox"/>	Allievo infermiere <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>	Terapia Intensiva/Rianimazione <input type="checkbox"/>	Chirurgia <input type="checkbox"/>	Pronto Soccorso <input type="checkbox"/>	Malattie Infettive <input type="checkbox"/>	Altro, specificare <input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Medico dipendente <input type="checkbox"/>	Tecnico <input type="checkbox"/>																				
Medico non dipendente <input type="checkbox"/>	Ausiliario/OTA <input type="checkbox"/>																				
Studente in medicina <input type="checkbox"/>	Ostetrica <input type="checkbox"/>																				
Infermiere <input type="checkbox"/>	Altro, specificare <input type="checkbox"/>																				
Allievo infermiere <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>																				
Medicina <input type="checkbox"/>	Terapia Intensiva/Rianimazione <input type="checkbox"/>																				
Chirurgia <input type="checkbox"/>	Pronto Soccorso <input type="checkbox"/>																				
Malattie Infettive <input type="checkbox"/>	Altro, specificare <input type="checkbox"/>																				
Laboratorio <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>																				
Lavora nell'ente dove è stata somministrata la prima dose di PPE? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																					
Modalità <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;">Puntura <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 45%;">Contaminazione cute lesa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Taglio <input type="checkbox"/></td> <td>Contaminazione cute sana <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Contaminazione mucosa <input type="checkbox"/></td> <td>Morso <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sede _____</td> <td>Graffio <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Contusioni/abrasioni <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Puntura <input type="checkbox"/>	Contaminazione cute lesa <input type="checkbox"/>	Taglio <input type="checkbox"/>	Contaminazione cute sana <input type="checkbox"/>	Contaminazione mucosa <input type="checkbox"/>	Morso <input type="checkbox"/>	sede _____	Graffio <input type="checkbox"/>		Contusioni/abrasioni <input type="checkbox"/>								
Puntura <input type="checkbox"/>	Contaminazione cute lesa <input type="checkbox"/>																				
Taglio <input type="checkbox"/>	Contaminazione cute sana <input type="checkbox"/>																				
Contaminazione mucosa <input type="checkbox"/>	Morso <input type="checkbox"/>																				
sede _____	Graffio <input type="checkbox"/>																				
	Contusioni/abrasioni <input type="checkbox"/>																				
Se l'esposizione è una puntura o un taglio e presenta una o più delle seguenti caratteristiche, barrare la casella. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Puntura/ferita profonda, con o senza sanguinamento</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sangue visibile sulla superficie del presidio implicato nell'incidente</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presidio precedentemente utilizzato in vena o in arteria del paziente fonte (i.e. un ago usato per prelievo)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Puntura/ferita profonda, con o senza sanguinamento	<input type="checkbox"/>	Sangue visibile sulla superficie del presidio implicato nell'incidente	<input type="checkbox"/>	Presidio precedentemente utilizzato in vena o in arteria del paziente fonte (i.e. un ago usato per prelievo)	<input type="checkbox"/>												
Puntura/ferita profonda, con o senza sanguinamento	<input type="checkbox"/>																				
Sangue visibile sulla superficie del presidio implicato nell'incidente	<input type="checkbox"/>																				
Presidio precedentemente utilizzato in vena o in arteria del paziente fonte (i.e. un ago usato per prelievo)	<input type="checkbox"/>																				
Materiale biologico coinvolto _____																					

Caratteristiche del paziente fonte

Identificabile: No ☐ Si ☐
Sierologia per HIV già nota: No ☐ Si ☐
Se si: Positivo ☐ Negativo ☐
Se no, test HIV eseguito a seguito dell'esposizione No ☐
Se si: metodo, Tradizionale ☐ Rapido ☐
Risultato: Positivo ☐ Negativo ☐

HCV Positivo ☐ Negativo ☐ Non noto ☐
HBs Ag Positivo ☐ Negativo ☐ Non noto ☐

Se HIV positivo HIV1 ☐ HIV2 ☐
diagnosi AIDS No ☐ Si ☐ Non noto ☐

Attuale stadio clinico

Asintomatico ☐ Sintomatico ☐ Infezione primaria/acuta HIV ☐

Ultimi valori

CD4 non noti ☐ cell/mm³ _____ data ____/____/____
HIV-RNA plasmatico non noto ☐ cp/ml _____ data ____/____/____
 metodica _____ valore soglia _____

TERAPIA ANTIRETROVIRALE: al momento dell'esposizione il paziente fonte risultava:
 mai trattato ☐ al primo trattamento ☐ pluritrattato ☐

Terapia attuale

farmaci (abbr.) ____/____/____/____ da ____/____/____

Anamnesi farmacologica del paziente fonte

Trattamenti precedenti

Resistenze

sospette¹(S) / documentate² (D)

NRTI	<input type="checkbox"/> Abacavir	ABC	Ziagen	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (ABC/AZT/3TC)	TRZ	Trizivir	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Didanosina	ddl	Videx	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Lamivudina	3TC	Epivir	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Stavudina	d4T	Zerit	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Tenofovir	TNV	Viread	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Zalcitabina	ddC	Hivid	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Zidovudina	AZT	Retrovir	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Zidovudina/Lamivudina	AZT/3TC	Combivir	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	PI	<input type="checkbox"/> Amprenavir	AMP	Agenerase	S <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Indinavir		IDV	Crixivan	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir		LPV	Kaletra	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nelfinavir		NFV	Viracept	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ritonavir		RTV	Norvir	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saquinavir		SQV	Invirase/Fortovase	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delavirdina		DLV	Rescriptor	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
NNRTI	<input type="checkbox"/> Efavirenz	EFV	Sustiva	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nevirapina	NVP	Viramune	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>

¹ presunta sulla base di fallimento clinico/virologico/immunologico; ² documentata da test di resistenza

Profilassi

In caso di paziente fonte HIV negativo, specificare le motivazioni per la PPE:

Specificare particolari condizioni che abbiano influenzato la scelta dei farmaci:

- Resistenze nella fonte (indicare nella sezione precedente) ☐
Malattia/e concomitante/i nell'operatore sanitario ☐
Gravidanza (possibile o in atto) ☐
Interazione/i farmaci ☐
Altro, specificare _____

Riportare tutti i farmaci prescritti e i cambiamenti di dosaggio o di farmaco:

Farmaco sigla	dose (mg) e frequenza di assunzione giornaliera	Data inizio gg/mm/aa	Data fine gg/mm/aa	Modifiche ¹	Ragione della modifica ²	Valutazione compliance ³
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					

¹ Modifica: 0 = Nessuna; 1 = Riduzione;
2 = Sospensione temporanea; 3 = Fine.

² Ragione modifica: 1 = Effetti collaterali; 2 = Scelta dell'esposto (non per effetti collaterali);
3 = Fonte HIV negativa; 4 = Perso all'osservazione (non più presentatosi);
5 = Altro (specificare).

³ Compliance: Numero di compresse assunte/numero di compresse previste nel giorno precedente alla visita
(chiesto al paziente) 1 = <80%; 2 = 80-99%; 3 = 100%.

Effetti collaterali

Riportare nello schema sottostante tutti gli effetti collaterali riferiti dal soggetto in trattamento o evidenziati nei controlli di follow up

Effetto collaterale	Data inizio	Data fine	Farmaco in causa	Grado ¹
				G M
				G M
				G M
				G M
				G M
				G M
				G M
				G M
				G M

¹ "G" grave (grado 3-4, criteri ACTG trials, o ad. es. causa di interruzione attività lavorativa),
"M" medio/leggero (grado 1-2)

Sono stati utilizzati farmaci sintomatici per contrastare gli effetti collaterali? Sì ☐ No ☐

L'effetto collaterale ha comportato necessità di ricovero? Sì ☐ No ☐

Scheda di rilevazione dei parametri ematochimici

	Tempo 0	1° controllo	2° controllo	3° controllo
Data				
globuli bianchi				
globuli rossi				
emoglobina				
ematocrito				
vol. globulare medio (MCV)				
piastrine				
granulociti totali				
linfociti totali				
AST				
ALT				
γ -GT				
fosfatasi alcalina				
bilirubina totale				
creatinina				
glicemia				
amilasi				
trigliceridi				
colesterolo totale				
CD4 totali				
CD8 totali				
(altro)				

linfociti congelati Si ☐ No ☐

siero congelato Si ☐ No ☐

AL TERMINE DELLA PROFILASSI LA SCHEDA COMPILATA DEVE ESSERE INVIATA A:

Dr. Vincenzo Puro
Dipartimento di Epidemiologia
INMI "Lazzaro Spallanzani" IRCCS
Via Portuense 292, 00149 Roma
Fax: 06-5582825 e-mail: irapep@inmi.it