

# REGISTRO ITALIANO PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE AD HIV CON ANTIRETROVIRALI

## Scheda di segnalazione di caso

Occupazionale - non operatore sanitario ☐  
Non occupazionale - sessuale ☐ non sessuale ☐

### Centro clinico

(timbro) \_\_\_\_\_

### Identificativo anonimo dell'esposizione

Data esposizione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data primo contatto con la struttura sanitaria

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data inizio profilassi

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_

### Inviato da:

presentatosi spontaneamente ☐

altro operatore sanitario ☐

altro specificare \_\_\_\_\_ ☐

### Luogo primo contatto:

Reparto ☐ Centro Malattie a Trasmissione Sessuale ☐

Pediatria ☐ Ambulatorio generico ☐

Pronto Soccorso ☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_ ☐

### Caratteristiche della persona esposta

Età \_\_\_\_ Sesso: M ☐ F ☐ Paese di origine \_\_\_\_\_ (se diverso dall'Italia)

N° esposizioni a rischio negli ultimi 3 mesi \_\_\_\_\_

PPE eseguite in precedenza N° \_\_\_\_\_ Date: prima \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ultima (prec.) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo: Occupazionale ☐ Non occupazionale ☐

### Per esposizione occupazionale - non operatore sanitario: qualifica professionale dell'esposto

Impresa di pulizie ☐

Guardia carceraria ☐

Agente di pubblica sicurezza ☐

Vigile del fuoco ☐

Agente di polizia municipale ☐

Operatore ecologico ☐

Altro, specificare \_\_\_\_\_ ☐

### Per esposizione non occupazionale - non sessuale: ruolo dell'infortunato nell'esposizione

### Esposizione occupazionale - non operatore sanitario non occupazionale - non sessuale

#### Modalità

Puntura ☐

Contaminazione cute lesa ☐

Graffio ☐

Taglio ☐

Contaminazione cute sana ☐

Contusioni/abrasioni ☐

Contaminazione mucosa ☐

Morso ☐

#### Occasione

Soccorso a persona infortunata ☐

Aggressione/colluttazione/rapina ☐

Scambio tra TD: ☐

○ di siringa ○ di ago ○ di altro materiale

Altro, specificare \_\_\_\_\_ ☐

Ferita con ago/siringa/tagliente usato:

- da persona nota tossicodipendente ☐

- per/da persona nota, (es. terapia) ☐

specificare \_\_\_\_\_ ☐

- da persona ignota ("abbandonato") ☐

### Materiale biologico coinvolto

### Se l'esposizione è parenterale:

Sangue visibile sul presidio SÌ ☐ NO ☐

Profondità della ferita: profonda (con o senza sanguinamento) ☐

moderata (penetrazione della cute con sanguinamento) ☐

superficiale (graffio, senza sanguinamento) ☐

## Esposizione sessuale

<b>Circostanze del rapporto</b>	<b>rapporto occasionale</b>	<input type="checkbox"/>	<b>coppia stabile</b>	<input type="checkbox"/>	<b>violenza</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Tipo di rapporto:</b>	<b>vaginale:</b>		insertivo	<input type="checkbox"/>	ricettivo	<input type="checkbox"/>	
	<b>anale:</b>		insertivo	<input type="checkbox"/>	ricettivo	<input type="checkbox"/>	
	<b>orale:</b>		insertivo	<input type="checkbox"/>	ricettivo	<input type="checkbox"/>	
	<b>altro specificare</b>		_____	<input type="checkbox"/>			
<b>Esposizione a liquidi biologici:</b>	secrezioni vaginali	<input type="checkbox"/>	sperma	<input type="checkbox"/>	sangue	<input type="checkbox"/>	
<b>Uso del profilattico</b>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Si, ma</b>	scivolamento	<input type="checkbox"/>	rottura	<input type="checkbox"/>
<b>Fattori di rischio (ulcere genitali, ferite vaginali o anali, sanguinamento)</b>							
• nell'esposto	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Si, specificare:</b>	_____		<input type="checkbox"/>	
• nel paziente fonte	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Si, specificare:</b>	_____		<input type="checkbox"/>	

## Valutazione del rischio (punto di vista del consulente sanitario)

**Alto** ☐ **Medio** ☐ **Basso** ☐

## Caratteristiche del paziente fonte

<b>Identificabile:</b>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Si</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Fattore di rischio:</b>	Tossicodipendente	<input type="checkbox"/>	Omo/bisex	<input type="checkbox"/>		
	Prostituta	<input type="checkbox"/>	Partner di soggetto a rischio	<input type="checkbox"/>		
	Altro specificare _____	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>		
<b>Sierologia per HIV già nota:</b>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Si</b>	<input type="checkbox"/>		
	<b>Se sì:</b>	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	
	<b>Se no, test HIV eseguito a seguito dell'esposizione</b>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>			
	<b>Se sì, metodo</b>	Tradizionale	<input type="checkbox"/>	Rapido	<input type="checkbox"/>	
	<b>Risultato:</b>	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	
<b>HCV</b>	<b>Positivo</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Negativo</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Non noto</b>	<input type="checkbox"/>
<b>HBs Ag</b>	<b>Positivo</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Negativo</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Non noto</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Se HIV positivo</b>	<b>HIV1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>HIV2</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Diagnosi AIDS</b>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Si</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Non noto</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Attuale stadio clinico</b>						
<b>Asintomatico</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sintomatico</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Infezione primaria/acuta HIV</b>	<input type="checkbox"/>	

### Ultimi valori

<b>CD4</b>	non noti	<input type="checkbox"/>	cell/mm <sup>3</sup>	_____	data	___/___/___
<b>HIV-RNA plasmatico</b>	non noto	<input type="checkbox"/>	cp/ml	_____	data	___/___/___
	metodica		_____	valore soglia	_____	

### TERAPIA ANTIRETROVIRALE: al momento dell'esposizione il paziente fonte risultava:

**mai trattato** ☐ **al primo trattamento** ☐ **pluritratato** ☐

### Terapia attuale

**farmaci (abbr.)** \_\_\_\_\_ **da** \_\_\_\_\_

Anamnesi farmacologica del paziente fonte				Resistenze	
Trattamenti precedenti				sospette <sup>1</sup> (S) / documentate <sup>2</sup> (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	ddI	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"/>
NNRTI	<input type="checkbox"/> Delavirdina	DLV	Rescriptor	S <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
	<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"/>

<sup>1</sup> sulla base di fallimento clinico/virologico/immunologico      <sup>2</sup> da test di resistenza

## Profilassi

1. Richiesta dall'esposto? No ☐ Si ☐

Se sì, come ha ricevuto informazioni in merito? \_\_\_\_\_

Quale è stato l'atteggiamento del medico? Sconsigliare ☐ Consigliare ☐

Motivo \_\_\_\_\_

2. Offerta dal medico? Raccomandata ☐ Considerata ☐ Sconsigliata ☐

Motivo \_\_\_\_\_

Quale è stato l'atteggiamento dell'esposto Accetta No ☐ Si ☐

Se no, motivo \_\_\_\_\_

3. Profilassi antiretrovirale prescritta? No ☐ Si ☐

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

\_\_\_\_\_

5. Specificare particolari condizioni che abbiano influenzato la scelta dei farmaci:

Resistenze nella fonte (sezione precedente) ☐ Interazione/i farmaci ☐

Malattia/e concomitante/i nell'esposto ☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_ ☐

Gravidanza (possibile o in atto) ☐

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

Farmaco sigla	dose (mg) X n. volte/die	Data inizio gg/mm/aa	Data fine gg/mm/aa	Modifiche <sup>1</sup>	Ragione della modifica <sup>2</sup>	Valutazione compliance <sup>3</sup>
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					
	_____ mg x _____/die					

<sup>1</sup> Modifica: 0 = Nessuna; 1 = Riduzione;  
2 = Sospensione temporanea; 3 = Fine.

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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 nell'esposto

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 <sup>1</sup>	
				G	M
				G	M
				G	M
				G	M
				G	M
				G	M

<sup>1</sup> "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? Si ☐ No ☐

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

## Scheda di rilevazione dei parametri ematochimici

	Tempo 0	1° controllo	2° controllo	3° controllo
<b>Data</b>				
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](mailto:irapep@inmi.it)**