



CFB Allegato Art. 7.6 Questionario Medico V2 (I)

<p>13. a) Si è ammalato(a) negli ultimi</p> <ul style="list-style-type: none">• 6 mesi di: <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/> Mononucleosi infettiva <input type="checkbox"/> Amebiasi <input type="checkbox"/> Shigellosi <input type="checkbox"/> FSME• 12 mesi di: <input type="checkbox"/> Bilarzioli <input type="checkbox"/> Gonorrea• 2 anni di: <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Febbre reumatica <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente <input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain-Barré <input checked="" type="checkbox"/> Febbre Q
<p>b) Ha in passato sofferto di una di queste malattie infettive:</p> <p><input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Malattia di Chagas <input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/> Echinococcosi <input type="checkbox"/> Leishmaniosi <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venereo <input type="checkbox"/> Filariosi <input checked="" type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/> Babesiosi <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> o altre infezioni gravi?</p> <p>Se sì, quali? _____ Quando? _____</p>
<p>14. Nel corso degli ultimi 4 mesi ha subito: <input type="checkbox"/> un tatuaggio <input type="checkbox"/> un piercing <input type="checkbox"/> una depilazione con-aghielettrica <input type="checkbox"/> trattamenti cosmetici (ad esempio un maquillage permanente o microblading) <input type="checkbox"/> una gastro-coloscopia <input type="checkbox"/> un trattamento tramite agopuntura <input type="checkbox"/> un contatto con sangue estraneo (ferita con una puntura d'ago, spruzzi di sangue negli occhi, nella bocca o un'altra parte del corpo)? Se sì, quando? _____ Dove? _____</p>
<p>16. a) Si è esposto(a) ad una delle situazioni a rischio seguenti?</p> <ul style="list-style-type: none">• Ha cambiato partner sessuale nel corso degli ultimi 4 mesi?• Ha avuto rapporti sessuali (rapporti protetti o no) con più di due persone nel corso degli ultimi 4 mesi?• Ha avuto rapporti sessuali sotto l'influenza di droghe sintetiche nel corso degli ultimi 12 mesi?• Ha avuto rapporti sessuali per i quali ha ricevuto denaro o altri benefici (droghe o farmaci) nel corso degli ultimi 12 mesi?• Ha preso droghe tramite iniezione?• Ha già avuto un test positivo all'HIV (AIDS), alla-sifilide o all'itterizia (epatite B o C)?• Ha già contratto la sifilide?• Qualcuno della Sua famiglia, o della Sua cerchia di amici, oppure il(la) Suo(a) partner sessuale abituale ha contratto l'ittero (epatite B o C) nel corso degli ultimi 6 mesi?• Il(la) Suo(a) partner sessuale ha sofferto di Zika nel corso degli ultimi 3 mesi?