Allegato 2e

**QUESTIONARIO PER CASO DI GIARDIASI E/O CRIPTOSPORIDIOSI**

**Data intervista****Nome intervistatore**

Provenienza della notifica/segnalazione Scegliere un elemento.Data di notifica

**1 . DATI ANAGRAFICI DEL CASO**

Nome e cognome del caso

Data di nascita Luogo di nascitaEtà

Indirizzo Città CAP

Occupazione Tel 

Medico curanteTel. medico 

Persona intervistata pazienteparente Nome e Cognome

altra persona Nome e Cognome 

**2 . SINTOMATOLOGIA**

Data insorgenza dei sintomiOraLuogo di insorgenza 

Sintomi ancora in corso?Data di fine sintomi 

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SINTOMO/SEGNO** | **SI** | **DATA** | **SINTOMO/SEGNO** | **SI** | | **DATA** |
| Crampi/dolori addominali |  |  | Nausea |  |  | | |
| Diarrea |  |  | perdita di appetito |  |  | | |
| n° scariche nelle 24 ore |  | | mal di testa |  |  | | |
| Vomito |  |  | dolori muscolari |  |  | | |
| Febbre |  |  | Altri sintomi*(specificare)* |  | | | |

**3 . DECORSO CLINICO**

Ha consultato il suo medico di famiglia?Diagnosi 

E’ andato al Pronto Soccorso o è stato ricoverato in reparto ospedaliero? 

Diagnosi 

Ha eseguito una ricerca dei parassiti nelle feci? Esito

Ha avuto episodi ricorrenti di diarrea nell’ultimo anno? 

Ha fatto esami delle feci a seguito di questi episodi? Esito 

**4 . CONTATTI**

Quante persone vivono nella sua abitazione adulti bambini

Prima che si ammalasse qualcuno dei suoi conviventi ha avuto sintomi simili ai suoi? 

Se SI, quante persone si sono ammalate nella sua abitazione? 

E’ a conoscenza di altre persone con cui è venuto a contatto con sintomatologia simile alla sua?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Tel | Esperienza comune |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**5 . ANALISI DEI COMPORTAMENTI**

**VIAGGI**

Ha effettuato viaggi nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi?

Dove? dal  al 

In quale struttura ha soggiornato?

Ha avuto sintomi anche durante il soggiorno? 

Sa se altre persone con sintomi simili hanno soggiornato nella stessa struttura?

**ATTIVITA’ RICREAZIONALI**

Ha preso parte ad alcune di queste attività ricreazionali nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITÀ** | **SI** | **QUANTE VOLTE** |
| Bagno in piscina *(specificare l’impianto )* |  |  |
| Bagno in laghi, laghetti o fiumi |  |  |
| Attività sportiva in acqua dolce (es. navigazione, windsurf, canottaggio) |  |  |
| Attività sportiva in acqua di mare (es. navigazione, windsurf, canottaggio) |  |  |
| Pesca sportiva |  |  |
| Pic-nic |  |  |
| Attività sportive all’aperto (es. calcio) |  |  |
| Campeggio in tenda o caravan |  |  |

**CONTATTI CON ANIMALI**

Nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi ha avuto contatti con alcuni di questi animali?

 cervi  cani cavalli gatti conigli  uccelli maiali  pollame ovini

altri animali Nel mese precedente all’insorgenza dei sintomi qualcuno degli animali ha avuto diarrea?

Nel mese precedente all’insorgenza dei sintomi ha visitato dei luoghi in cui erano presenti animali?*(Es. fattorie, zoo, mercati di animali, macelli, canili, studi veterinari, stabulari, parchi con animali)*

**CONSUMO DI ALIMENTI/ACQUA**

Possiede una coltivazione casalinga di ortofrutta ? (orto) 

Con che tipo di acqua lo irriga? 

Se utilizza acqua di pozzo di proprietà ogni quanto esegue un’analisi microbiologica di potabilità?

Nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi ha consumato **FRUTTA FRESCA** ? 

Quante volte in una settimana? Quando(prima di essere stato male)?

Dove l’ha acquistata? (nome e indirizzo) quando?

Nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi ha consumato **VERDURA IN FOGLIA O ORTGAGGI CRUDI ?**

Che tipo di verdura?

Ha consumato vegetali di IV gamma (in busta)? di quale marca?

Dove l’ha acquistata? quando?

Quante volte ha mangiato verdura cruda in una settimana? quando? 

Dove l’ha acquistata? quando?

Nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi ha consumato **SUCCHI DI FRUTTA O DI VERDURA?**

Quante volte in una settimana? Quando? 

Dove li ha acquistati? (nome e indirizzo) quando ?

Nelle due settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi che tipo di **ACQUA** ha bevuto?

Fornitura privata (pozzo) l’acqua del pozzo era trattata  non trattataAcqua minerale in bottiglia Che tipo di acqua minerale ? 

Acqua di rete idrica comunale Acqua di fiume, ruscello, sorgente

Acqua filtrata/naturizzata in ristorante nome ristorante 

Acqua filtrata/naturizzata in ambiente domestico

**6 . CONCLUSIONI ED ULTERIORI AZIONI DA INTRAPRENDERE**

**NOTE DI CHI HA FATTO L’INTERVISTA**

****

**DA ALIMENTI ALIMENTO SOSPETTO**

**COMPORTAMENTI A RISCHIO NELLA PREPARAZIONE, CONSERVAZIONE E MANIPOLAZIONE DEGLI ALIMENTI**

****

**NON DA ALIMENTI**

**TRASMISSIONE INTERUMANA PER MANCATO RISPETTO DELLE NORME IGIENICHE DI BASE**

**ULTERIORI AZIONI**

|  |  |
| --- | --- |
| INDAGINI DI LABORATORIO SU CONVIVENTI |  |
| ALIMENTO NON INDIVIDUATO - INCHIESTA ARCHIVIATA |  |
| ALIMENTO SOSPETTO - TRASMISSIONE ALLA UF SPV/SA |  |
| PRESENZA DI UN FOCOLAIO - PROCEDERE CON INDAGINE SPECIFICA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scheda compilata da |  | Qualifica |  |
| Data |  | Medico coordinatore |  |
| Consegnata il |  | a |  |