



## Guida alla compilazione del questionario di ingresso

Le **categorie di pazienti** a cui il questionario sarà somministrato sono 3:

Tipologia A.1	i «nuovi utenti», cioè coloro che si rivolgono a questo servizio per la prima volta
Tipologia A.2	i «rientrati», cioè coloro che erano stati in carico presso questo servizio e che, dopo un periodo di sospensione del contatto, vi ritornano per iniziare un nuovo trattamento
Tipologia A.3	i «prevalenti», cioè coloro con un trattamento in corso al momento dell'arruolamento nello studio.

La tipologia dell'utente deve essere specificata barrando la apposita casella posta nella Sezione 1.

Il questionario deve essere somministrato agli utenti «incidenti» e ai «rientrati», al primo o al secondo contatto con il servizio (e quindi al momento dell'arruolamento del soggetto); la somministrazione del questionario ai soggetti «prevalenti» può essere effettuata in un momento successivo rispetto all'arruolamento, secondo le modalità descritte nel protocollo dello studio.

Nel questionario è espressamente indicato quando sono possibili più risposte; in caso contrario è importante limitarsi a barrare solo la casella corrispondente alla risposta ricevuta. È importante aver cura di compilare tutte le domande del questionario secondo le modalità previste per ciascuna di esse, utilizzando, nel caso, anche le risposte negative o le modalità «non risponde» o «non rilevato».

Nelle domande con risposta da esprimere in termini di giorni, mesi o anni, compilare solo la categoria rilevante, scartando le altre.

### Struttura del questionario

Il questionario è suddiviso in **9 Sezioni**:

#### Sezione 1 - Dati anagrafici e informazioni preliminari

Comprende poche informazioni preliminari che devono essere compilate per tutte le persone a cui viene richiesta la partecipazione allo studio; se la persona accetta di partecipare allo studio è necessario compilare subito la data e il comune di nascita e il comune di residenza (il resto del questionario - dalla sezione 3 in poi - può essere compilato successivamente); se la persona non accetta di partecipare allo studio, è necessario compilare, sulla base di quanto raccolto nella cartella clinica, solo la sezione 2.

#### Sezione 2 - Non arruolati causa rifiuto

Questa sezione deve essere compilata solo per le persone «non arruolate causa rifiuto» sulla base delle informazioni presenti nella cartella clinica. Le domande relative a stato civile, titolo di studio ed impiego lavorativo, si riferiscono al momento dell'attuale contatto ed alla condizione esistente al momento del colloquio. Ad esempio, un soggetto precedentemente divorziato ed ora convivente, è da considerarsi convivente. Sono richieste le informazioni sulla modalità e frequenza d'uso di eroina riferite all'ultimo mese prima dell'attuale contatto e, solo per i prevalenti, al mese precedente la presa in carico presso questo Sert.

**N.B.:** Per «presa in carico» si intende l'ingresso al servizio a seguito del quale viene effettuato sulla persona tossicodipendente un qualsiasi tipo di intervento con portata terapeutica.

#### Sezione 3 - Dati socio-demografici

Le informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche sono da riferire per tutti gli arruolati al momento della somministrazione del questionario. Si sottolinea che le domande relative a stato civile, titolo di studio ed impiego lavorativo devono rilevare la condizione esistente al momento del colloquio. Ad esempio, un soggetto precedentemente divorziato ed ora convivente, è da considerarsi convivente.

#### Sezione 4 - Uso di sostanze prima della presa in carico presso questo Sert

Questa sezione è da somministrare solo ai soggetti prevalenti. Sono richieste informazioni sull'uso di sostanze nel mese precedente la presa in carico presso questo servizio. Solo per tali pazienti, il momento della presa in carico è infatti precedente alla somministrazione del questionario. Per la definizione di «presa in carico» vedi le istruzioni alla compilazione della sezione 2.

La tabella relativa alle modalità e frequenza di assunzione delle sostanze va compilata barrando le caselle della colonna USO, avendo cura di riportare anche le risposte negative. La casella relativa all'uso di eroina è pre-barrata poiché l'uso di eroina è condizione necessaria per l'inclusione del soggetto nello studio. Per le sostanze per le quali sia riportato un uso, va compilata la colonna MODALITÀ (riportando solo la modalità principale di assunzione, secondo i codici riportati in calce) e la colonna FREQUENZA (riportando solo la tipologia di frequenza più pertinente).

#### Sezione 5 - Uso di sostanze all'arruolamento

Questa sezione deve essere somministrata a tutti i soggetti arruolati nello studio. In questa sezione sono richieste informazioni relative alle caratteristiche d'uso dell'eroina e di eventuali altre sostanze assunte; tali informazioni devono essere riferite al mese precedente la somministrazione del questionario. La tabella relativa alle modalità e frequenza di assunzione delle sostanze va compilata seguendo le istruzioni sopra riportate per la analoga tabella della Sezione 4. La casella relativa all'uso di eroina non è pre-barrata poiché è i soggetti «prevalenti» possono non fare uso di questa e altre sostanze all'arruolamento, mentre SI DEVE specificare la modalità e frequenza d'uso di eroina per gli «incidenti» e i «rientrati» (poiché l'uso di eroina è condizione necessaria per l'inclusione nello studio).

#### Sezione 6 - Overdose

Questa sezione riguarda gli eventuali episodi di overdose, ed è da somministrare a tutti i soggetti arruolati.

#### Sezione 7 - Trattamenti progressi

La sezione deve essere somministrata a tutti i soggetti arruolati. La tabella relativa ai trattamenti iniziati, conclusi o interrotti negli ultimi 12 mesi, è da compilare avendo cura di riempire tutte le caselle, riportando «0» ove necessario. Il trattamento in corso è da calcolare tra i trattamenti iniziati. Devono essere inclusi anche i trattamenti effettuati presso altri servizi.

#### Sezione 8 - Salute

Questa sezione contiene informazioni relative allo stato di salute; deve essere somministrata a tutti i soggetti arruolati e riferita al momento dell'intervista. Le informazioni richieste in ogni domanda a partire dalla 8.6, sono suddivise in informazioni RIFERITE dal soggetto, e informazioni desunte dalla CARTELLA CLINICA. Le prime devono essere compilate sulla base delle risposte fornite dal soggetto nel corso dell'intervista, mentre le seconde devono essere completate successivamente (e comunque prima dell'invio del questionario allo scadere del semestre), sulla base delle informazioni contenute nella cartella clinica. Per quanto riguarda la domanda 8.6, relativa alla infezione da HIV, ha valore un test con esito positivo eseguito a qualsiasi distanza di tempo, oppure un test con esito negativo, ma solo se eseguito nei 6 mesi precedenti il colloquio (altrimenti codificare con «non rilevato»).

**Al termine di questa sezione** è inserita una domanda relativa alla disponibilità da parte del paziente ad essere contattato entro un periodo di due anni per una ulteriore intervista. Una risposta affermativa non equivale ad un consenso, ma consente una prima selezione dei soggetti che potranno essere ricontattati in futuro per una eventuale valutazione di esiti differenti dalla mortalità e che richiedono una procedura di follow-up attivo.

#### Sezione 9 - Psichiatrica e psicopatologica

Questa sezione non deve essere somministrata alla persona tossicodipendente, ma compilata, per tutti gli arruolati, in un momento successivo secondo le seguenti modalità: la prima domanda, relativa alla esistenza di una pregressa diagnosi psichiatrica, è da compilare in base ai dati contenuti nella cartella clinica; le successive domande, relative ad eventuali problemi psichiatrici o psico-patologici attuali, sono da compilare in base alla valutazione dello psichiatra e/o dello psicologo.

## SEZIONE 1: DATI ANAGRAFICI E INFORMAZIONI PRELIMINARI

*Da compilare SUBITO per tutti i soggetti a cui viene proposto lo studio*

### Tipologia utente

- A.1  Nuovo utente di questo servizio  
A.2  Rientrato per un nuovo trattamento  
A.3  Già in trattamento presso questo servizio

Se **A.3**, data di inizio del trattamento in corso:

|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
giorno mese anno

1.1 Sesso:  M  F

### 1.2 Modalità di accesso al SerT

- 1 - Volontario  
 2 - Familiari  
 3 - Medico di base/ medico privato  
 4 - Invio da altri servizi (SerT, Enti Ausiliari, centri accoglienza, etc)  
 5 - Invio da unità di strada  
 6 - Giudiziario (prefettura, magistratura: per es. 47/bis)  
 7 - Pronto soccorso/ altri reparti ospedalieri  
 8 - Carcere / ospedale militare  
 9 - Altro  
 99 - Non risponde

1.3 Arruolato:  SI  NO

*Se NO, specificare il motivo del rifiuto e passare alla SEZIONE 2*

### 1.4 Motivo del rifiuto

- 1 - Mantenere l'anonimato  
 2 - Diffidenza verso l'utilità dello studio  
 3 - Non disponibilità a rispondere all' "ennesimo questionario"  
 4 - Altro, specificare: \_\_\_\_\_  
 9 - Non rilevato



## SEZIONE 2 - NON ARRUOLATI CAUSA RIFIUTO

Questa sezione deve essere compilata sulla base delle informazioni presenti nella cartella clinica

### 2.1 Stato civile

- 1 - Celibe/nubile
- 2 - Coniugato
- 3 - Convivente
- 4 - Separato/divorziato
- 5 - Vedovo
- 9 - Non rilevato

### 2.2 Titolo di studio conseguito

- 1 - Nessuno
- 2 - Licenza Elementare
- 3 - Licenza Media Inferiore
- 4 - Diploma Scuola Media Superiore
- 5 - Laurea
- 9 - Non rilevato

### 2.3 Tipo di impiego lavorativo

- 1 - Stabile
- 2 - Saltuario
- 3 - Condizione non professionale (studente, casalinga, militare di leva, invalido civile, etc.)
- 4 - Disoccupato
- 9 - Non rilevato

### 2.4 Età al primo uso di eroina:

|\_|\_|\_|

NON RILEVATO

Modalità e frequenza di assunzione di eroina nell'ultimo mese:

### 2.5 Modalità di assunzione:

- endovena
- intramuscolo

- fumata
- NON RILEVATO

inalata

### 2.6 Frequenza di assunzione:

|\_|\_|\_| n° di volte |\_|\_|\_| n° di volte |\_|\_|\_| n° di volte  
al mese a settimana al giorno

MAI  
n° di volte

NON RILEVATO

*Modalità e frequenza di assunzione di eroina nel mese precedente la presa in carico presso questo SerT.  
Da compilare solo per i prevalenti (tipologia utente A.3)*

2.7 Modalità di assunzione:

endovena  
 intramuscolo

fumata  
 NON RILEVATO

inalata

2.8 Frequenza di assunzione:

|\_|\_|\_|  
n° di volte  
al mese

|\_|\_|\_|  
n° di volte  
a settimana

|\_|\_|\_|  
n° di volte  
al giorno

MAI

NON RILEVATO

## SEZIONE 3 - DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

### 3.1 Stato civile

- 1 - Celibe/nubile
- 2 - Coniugato
- 3 - Convivente
- 4 - Separato/Divorziato
- 5 - Vedovo
- 9 - Non risponde

### 3.2 Sistemazione abitativa

- 1 - Con il partner e i figli
- 2 - Solo con il partner
- 3 - Con i figli
- 4 - Con la famiglia di origine (genitori e/o altri parenti)
- 5 - Con amici
- 6 - Da solo
- 7 - In comunità terapeutica
- 8 - Nessuna sistemazione stabile (anche residenza temporanea presso centri di accoglienza)
- 9 - Non risponde

### 3.3 Titolo di studio conseguito

- 1 - Nessuno
- 2 - Licenza Elementare
- 3 - Licenza Media Inferiore
- 4 - Diploma di corsi professionali successivi alla Scuola Media Inferiore
- 5 - Diploma Scuola Media Superiore
- 6 - Laurea
- 9 - Non risponde

**3.4 Tipo di impiego lavorativo**

- 1 - Stabile
- 2 - Saltuario (impiego occasionale o contratto a breve termine)
- 3 - Studente
- 4 - Condizione non professionale (casalinga, pensionato, invalido civile, soldato di leva, etc.)
- 5 - Disoccupato
- 9 - Non risponde

3.4.1 E' in servizio di leva?  SI  NO  NON RISPONDE

3.4.2 E' iscritto alle liste di disoccupazione?  SI  NO  NON RISPONDE

**3.5 Ha avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi (arresti, denunce, processi)?**

SI  NO  NON RISPONDE

3.5.1 Se SI, numero:   NON RISPONDE

**3.6 Periodi di carcerazione (negli ultimi 12 mesi)**

SI  NO  NON RISPONDE

3.6.1 Se SI, durata:  mesi  giorni  NON RISPONDE

**3.7 Quando è finito l'ultimo periodo di carcerazione?**

mese  anno  NON RISPONDE

## SEZIONE 4 - USO SOSTANZE PRIMA DELLA PRESA IN CARICO PRESSO QUESTO SerT

Da somministrare solo agli arruolati con un trattamento in corso (tipologia utente A.3) e da riferire al mese precedente la presa in carico presso questo SerT

4.1 Specificare per ogni sostanza usata la modalità principale e la frequenza. Può essere specificata più di una sostanza ma ognuna con la sola modalità principale di assunzione.

Sostanza	Uso precedente la presa in carico	Modalità principale (riportare codice corrispondente)*	Frequenza		
			Numero di volte al mese	Numero di volte a settimana	Numero di volte al giorno
Eroina	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Cocaina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Anfetamine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Ecstasy	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Cannabis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Allucinogeni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Ansiolitici/sedativi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

\* codici: 1 = endovena 2 = fumata 3 = inalata 4 = orale 5 = intramuscolo

## SEZIONE 5 - USO SOSTANZE ALL'ARRUOLAMENTO

Da somministrare a tutti gli arruolati (tipologie utente A.1, A.2 e A.3)

5.1 Quanti anni aveva quando ha iniziato ad usare eroina?

NON RISPONDE

5.2 Quanti anni aveva quando ha iniziato ad usare eroina per via endovenosa?

NON RISPONDE

5.3 Specificare per ogni sostanza usata la modalità principale e la frequenza di assunzione nell'ultimo mese. Può essere specificata più di una sostanza ma ognuna con una sola modalità di assunzione.

Sostanza	Uso nell'ultimo mese	Modalità principale (riportare codice corrispondente)*	Frequenza		
			Numero di volte al mese	Numero di volte a settimana	Numero di volte al giorno
Eroina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anfetamine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allucinogeni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ansiolitici/sedativi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* codici: 1 = endovena

2 = fumata

3 = inalata

4 = orale

5 = intramuscolo

5.4 Quanto spende in media al giorno per l'approvvigionamento delle sostanze d'abuso?

Lire.....

NON RISPONDE

**5.5 Grado di craving (voglia di farsi) al momento del colloquio o immediatamente prima:**

- 1 - Assente
- 2 - Lieve
- 3 - Moderato
- 4 - Forte
- 9 - Non risponde

**5.6 Sindrome astinenziale al momento del colloquio o immediatamente prima.**

*(Barrare la modalità in base alla presenza al momento del colloquio o immediatamente prima dei sintomi riportati in parentesi)*

- 1 - Assente
- 2 - Lieve (orripilazione, sudorazione)
- 3 - Moderata (i precedenti due sintomi + nausea, rinorrea, midriasi)
- 4 - Forte (tutti i precedenti sintomi + vomito, diarrea, dolori muscolari e addominali)
- 9 - Non rilevato

**5.7 Beve vino/birra**

SI

NO

NON RISPONDE

**5.7.1 Se SI,**

|\_|\_|\_|  
n° di bicchieri  
al giorno

|\_|\_|\_|  
n° di bicchieri  
settimana

NON RISPONDE

**5.8 Beve superalcolici**

SI

NO

NON RISPONDE

**5.8.1 Se SI,**

|\_|\_|\_|  
n° di bicchierini  
al giorno

|\_|\_|\_|  
n° di bicchierini  
a settimana

NON RISPONDE

**5.9 Fuma?**

SI

NO

NON RISPONDE

**5.9.1 Se SI,**

|\_|\_|\_|  
n° di sigarette  
al giorno

|\_|\_|\_|  
n° di sigarette  
a settimana

NON RISPONDE

**5.10 Prima di iniziare a fare uso di sostanze stupefacenti, ha avuto (più risposte):**

- |  |                             |                             |                                       |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1 - Perdita o riduzione significativa degli interessi                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 2 - Depressione dell'umore   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 3 - Comportamenti autolesivi   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 4 - Tentativi di suicidio  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 5 - Nervosismo, agitazione interna                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 6 - Comportamenti etero-aggressivi                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 7 - Alterazioni della percezione(allucinazioni) e del pensiero(deliri) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 8 - Trattamenti ambulatoriali presso servizi psichiatrici              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 9 - Ricoveri in reparti psichiatrici                                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |

## SEZIONE 6 - OVERDOSE

6.1 Ha mai avuto episodi di overdose?

SI

NO

NON RISPONDE

6.1.1 Se SI, quante volte è stato soccorso da operatori sanitari?

|\_|\_|\_|  
in totale

|\_|\_|\_|  
negli ultimi 6 mesi

NON RISPONDE

6.2 Quanti anni aveva quando è andato in overdose per la prima volta?

|\_|\_|\_|

NON RISPONDE

6.3 Quanti anni aveva quando è avvenuto l'ultimo episodio di overdose?

|\_|\_|\_|

NON RISPONDE

6.4 Al momento dell'ultima overdose, era in trattamento?

SI

NO

NON RISPONDE

6.4.1 Se SI, quale?.....

6.4.2 Se NO, quanto tempo era trascorso dalla interruzione/conclusione di un trattamento?

|\_|\_|\_|  
giorni

|\_|\_|\_|  
mesi

|\_|\_|\_|  
anni

mai stato in trattamento

NON RISPONDE

## SEZIONE 7 - TRATTAMENTI PREGRESSI

7.1 Si è rivolto in precedenza ad operatori sanitari per i suoi problemi di tossicodipendenza?

SI

NO

NON RISPONDE

7.1.1 Quanti anni aveva quando ha richiesto per la prima volta un trattamento, presso  
(Più risposte):

SerT

Ambulatori privati/medico di base

Cliniche/ospedali

Comunità residenziali

Comunità non residenziali

Altro (specificare):.....

Non risponde

7.2 Negli ultimi 12 mesi quanti trattamenti ha iniziati, quanti concluso e quanti interrotto?

(Includere quello in corso tra i trattamenti iniziati; includere anche i trattamenti effettuati presso altri servizi). Più risposte.

Trattamenti	Numero di trattamenti		
	iniziati	conclusi	interrotti
Metadone a scalare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metadone a mantenimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disintossicazione con sintomatici	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Naltrexone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altri farmaci	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicoterapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comunità terapeutica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consulenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sostegno/accompagnamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Informazione/orientamento/inserimento al lavoro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.3 Quanto tempo è stato effettivamente in trattamento negli ultimi 12 mesi?

|\_|\_|\_|\_|  
mesi

|\_|\_|\_|\_|  
settimane

NON RISPONDE

7.4 Ha tentato di interrompere l'uso dell'eroina in modo autogestito nel corso degli ultimi 12 mesi?

SÌ

NO

NON RISPONDE

7.5 Quale obiettivo si propone nell'accesso a questo trattamento presso il SerT?  
(Più risposte):

1 - Disintossicarsi

2 - Ridurre il bisogno di sostanza

3 - Ridurre i sintomi dell'astinenza

4 - Mantenere l'astinenza

5 - Avere un appoggio psicologico

6 - Reinserirsi nel contesto socio-lavorativo

7 - Altro (*specificare*): .....

9 - Non risponde

## SEZIONE 8 - SALUTE

8.1 Negli ultimi 6 mesi, ha fatto uso di siringhe già usate da altri?

SI

NO

NON RISPONDE

8.2 Negli ultimi 6 mesi, ha usato strumenti per la preparazione della droga (cucchiaino, filtro, acqua, etc.) già usati da altri?

SI

NO

NON RISPONDE

8.3 Negli ultimi 6 mesi, ha avuto rapporti non protetti con partner occasionali?

SI

NO

NON RISPONDE

8.4 Negli ultimi 6 mesi, ha avuto rapporti sessuali non protetti con il partner fisso?

SI

NO

NON RISPONDE

8.4.1 Se SI, il partner fisso era o è tossicodipendente?

SI

NO

NON RISPONDE

8.5 Da quando ha iniziato a fare uso di stupefacenti, ha avuto (più risposte):

1 - Perdita o riduzione significativa degli interessi

SI

NO

NON RISPONDE

2 - Depressione dell'umore

SI

NO

NON RISPONDE

3 - Comportamenti autolesivi

SI

NO

NON RISPONDE

4 - Tentativi di suicidio

SI

NO

NON RISPONDE

5 - Nervosismo, agitazione interna

SI

NO

NON RISPONDE

6 - Comportamenti etero-aggressivi

SI

NO

NON RISPONDE

7 - Alterazioni della percezione(allucinazioni) e del pensiero(deliri)

SI

NO

NON RISPONDE

8 - Trattamenti ambulatoriali presso servizi psichiatrici

SI

NO

NON RISPONDE

9 - Ricoveri i reparti psichiatrici

SI

NO

NON RISPONDE

*Le domande di seguito sono da somministrare al paziente e da verificare successivamente rispetto alle informazioni presenti nella cartella clinica.*

8.6 Infezione da HIV

riferito:  
da cartella clinica:

SI

NO

NON RISPONDE

SI

NO

NON RILEVATO

**8.7 Patologia HIV correlata in atto o pregressa**

(candidosi, broncopolmoniti, toxoplasmosi, sarcoma di Kaposi, etc)

riferito:  SI  NO  NON RISPONDE  
da cartella clinica:  SI  NO  NON RILEVATO

**8.8 Epatite B in atto o pregressa**

riferito:  SI  NO  NON RISPONDE  
da cartella clinica:  SI  NO  NON RILEVATO

**8.9 Epatite C (test di laboratorio positivo per HCV)**

riferito:  SI  NO  NON RISPONDE  
da cartella clinica:  SI  NO  NON RILEVATO

**8.10 MST negli ultimi 6 mesi (sifilide, gonorrea, etc)**

riferito:  SI  NO  NON RISPONDE  
da cartella clinica:  SI  NO  NON RILEVATO

**8.11 Altre malattie importanti negli ultimi 6 mesi**

(diabete, cardiopatia, cirrosi epatica, ulcera duodenale, etc)

riferito:  SI  NO  NON RISPONDE  
da cartella clinica:  SI  NO  NON RILEVATO

**8.12 TBC negli ultimi 6 mesi**

riferito:  SI  NO  NON RISPONDE  
da cartella clinica:  SI  NO  NON RILEVATO

E' disponibile ad essere contattato per un'altra intervista da effettuarsi entro 2 anni?

SI  NO

## SEZIONE 9 - PSICHIATRICA

*Da compilare da parte dell'operatore, anche in base ai dati contenuti nella cartella clinica.  
Da non somministrare al paziente.*

9.1 E' mai stata posta in passato una diagnosi psichiatrica aggiuntiva a quella relativa allo stato di tossicodipendenza?

SI

NO

NON RILEVATO

9.2 Ci sono attualmente elementi clinici per fare diagnosi di disturbi di comorbidità psichiatrica oppure elementi di psico-patologia aggiuntivi a quelli relativi allo stato di TD?

SI

NO

NON RILEVATO

9.3 Se è stato usato il DSM IV, riportare i codici:

Asse I      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Asse II     |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Asse III    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|