

QUESTIONARIO

Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) & HIV

FATTORI DI RISCHIO PER MST & HIV (Barrare la voce che interessa)

<input type="checkbox"/>	Richiesta di effettuare il test
<input type="checkbox"/>	Saltuariamente rapporti omosessuali senza preservativo
<input type="checkbox"/>	Sessualmente attiva con partner femminile (i)
<input type="checkbox"/>	Il partner ha avuto MST
<input type="checkbox"/>	Nell'anno precedente, rapporti sessuali con nuovo partner
<input type="checkbox"/>	Nell'anno precedente, rapporti sessuali con più partner
<input type="checkbox"/>	Nell'anno precedente, il partner ha avuto altri partner
<input type="checkbox"/>	Coinvolta (o) in prostituzione/abitudini di scambio sessuale
<input type="checkbox"/>	Uso di droghe
<input type="checkbox"/>	Anamnesi positiva per MST
<input type="checkbox"/>	Trasfusioni sangue tra 1978 e 1985
<input type="checkbox"/>	Donna in gravidanza che non conosce il proprio siero stato

CHLAMYDIA E GONORREA:

Lo screening è raccomandato a:

- Donne e uomini di età \leq 24 anni (ma anche più anziani) ad aumentato rischio (cfr. elenco)
- Gravidе, comprese quelle che si presentano al parto senza conoscere il proprio siero stato.

Quando ripetere lo screening.

- *Adulti di ambo i sessi a rischio*: ripetere ogni anno
- *Donna gravida a rischio*: screening alla prima visita prenatale. Se persistono condizioni di rischio, ripetere lo screening nel terzo trimestre.

HIV

Lo screening è raccomandato a:

- Adolescenti e adulti ad aumentato rischio (cfr. elenco)
- Gravidе, comprese quelle che si presentano al parto senza conoscere il proprio siero stato.

RIFERIMENTI

The Guide to Clinical Preventive Services 2014". <http://www.ahrq.gov>