

QUESTIONNAIRE PROJET STOP HCV - EASY TEST

Code*: _____

première et troisième lettre du nom / première et troisième lettre du prénom / date de naissance / genre

Date ___/___/_____

Service: _____

Numéro d'ordre du questionnaire: _____

Nous vous demandons de remplir ce court questionnaire pour nous aider à comprendre combien d'informations il y a sur le VHC. Aucune de vos données personnelles ne sera enregistrée. Les données seront analysées globalement (avec celles des autres personnes qui répondront) et utilisées pour des présentations, des campagnes d'information, etc...

SEXE:

M F Trans M to F Trans F to M autre

ÂGE:

18-25 26-30 31-40 41-50 oltre 50

SCOLARITÉ:

aucune brevet des collèges écoles supérieures/ lycée diplôme universitaire
 autres diplômes universitaires. autre

SITUATION DU LOGEMENT:

maison centre d'hébergement d'urgence (CHU) route Occupant sans droit ni titre

NATIONALITÉ:

italienne européenne extra-européenne

AVEZ-VOUS UNE CARTE DE SÉCURITÉ SOCIALE ?

Non Si oui, lequel? _____

SEI IN POSSESSO DI UNA ESENZIONE TICKET?

Non Si oui, lequel? _____

This project has been made possible with the provision of a financial grant from Gilead Sciences Europe Ltd



Progetto:



In collaborazione con:



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

PROFESSION

- étudiant chômeur ouvrier employé dirigeant
 professionnel libéral autre

COMMENT VOUS DÉFINISSEZ-VOUS?

- lesbienne /gay hétéro bisexuel autre je ne veux pas répondre

AS-TU DÉJÀ FAIT LE TEST VHC?

- ne répond pas Non Si oui, quand? ___/___/___ je ne me souviens pas

AS-TU DÉJÀ FAIT LE TEST HIV?

- ne répond pas Non Si oui, quand? ___/___/___ je ne me souviens pas

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE THÉRAPIE INTERFÉRON?

- ne répond pas Non Oui Si elle est interrompue, pourquoi? _____

AS-TU DÉJÀ FAIT D'AUTRES TESTS?

- Non HBV HPV syphilis

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI DES TRANSFUSIONS DE SANG OU DE PRODUITS SANGUINS?

- ne répond pas Non Si oui, quand? ___/___/___ je ne me souviens pas

UTILISEZ-VOUS DES SUBSTANCES?

- Non Si oui, lesquelles? _____

SELON QUELLE MODALITÉ _____

DANS QUEL CONTEXTE _____

This project has been made possible with the provision of a financial grant from Gilead Sciences Europe Ltd



Progetto:



In collaborazione con:



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

QUELS DE CES COMPORTEMENTS VOUS AVEZ PRATIQUÉS (PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES)

- Partage de matériel d'injection (seringues, aiguilles, lacets,)
- Partage de matériel d'inhalation (pipettes, billets, etc...)
- Sexe pénétrant sans préservatif
- sexe en groupe
- Partage de godes ou d'autres sextoys
- Fisting
- Tatouage ou piercing dans des laboratoires non certifiés
- Aucun de ceux cités

TU AS LE COVID ?

- Oui, de manière asymptomatique
- Oui, de manière symptomatique

QUELLE AIDE AVEZ-VOUS REÇU?

- Hotel Covid.
- hospitalisation
- aucune

AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN PRÉLÈVEMENT POUR COVID?

- Oui
 - Non
- Si oui, combien de prélèvements avez-vous effectués?

TU AS ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LE COVID?

- Oui
 - Non
- Si oui, savez-vous avec quel vaccin? _____ Combien de doses? _____

AVEZ-VOUS LE PASS VACCINAL?

- Oui
- Non

ES-TU CONTRE LE VACCIN?

- Oui
- Non
- On ne m'a pas proposé
- Je ne sais pas quoi faire pour me faire vacciner

This project has been made possible with the provision of a financial grant from Gilead Sciences Europe Ltd



Progetto:



In collaborazione con:



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

Nous vous demandons maintenant de lire la déclaration de protection des données

INFORMATION Conformément à l'art. 13 du D. Lgs 196/03
(Code de protection des données à caractère personnel)

Responsables du traitement et finalités

La Coop. Social Open Group qui a promu le projet qui lui a été décrit "Stop HCV", traitera vos données personnelles - en particulier celles sur la santé, et seulement dans la mesure où elles sont indispensables en relation avec l'objectif du projet, autres données relatives à votre origine, à votre style de vie et à votre vie sexuelle - exclusivement en fonction de la réalisation du projet.

Le traitement de vos données personnelles est indispensable au déroulement du projet, un éventuel refus ne permettra pas votre participation.

NATURE DES DONNÉES

Il sera identifié par un code : les données qui seront collectées au cours de l'étude, à l'exception de votre nom, seront enregistrées, traitées et conservées avec ce code.

Modalités de traitement et communication à des tiers

Les données indiquées ci-dessus seront collectées et conservées, soit en format papier que électronique, dans la forme indiquée au précédent alinéa et gérées aussi par les suivants Partenaires du projet en qualité de "Responsables du traitement des données" : Ospedale Sant'Orsola Bologna, Asl Bologna, Asp ville de Bologna. Vos données ne seront diffusées que sous forme strictement anonyme lors de conférences scientifiques ou à travers des publications scientifiques ou statistiques.

EXERCICE DES DROITS

Vous avez le droit de vous opposer en tout ou en partie, pour des raisons légitimes, au traitement des données personnelles vous concernant, même si elles sont pertinentes aux fins de la collecte.

Consentement

Lu la note d'information ci-dessus et en ayant compris l'ensemble du contenu

J'autorise le traitement de mes données personnelles

Je n'accepte pas le traitement de mes données personnelles

This project has been made possible with the provision of a financial grant from Gilead Sciences Europe Ltd



Progetto:



In collaborazione con:



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona