

# HCV testing Pilot study

PLACE STUDY ID STICKER HERE

OR

Home Access Personal ID Number

DATE OF TEST

SUBMITTING COUNTY

COUNTY OF RESIDENCE

ZIPCODE OF RESIDENCE

## INFORMACION DEMOGRAFICA

SEXO

mujer  hombre

HISPANO

sí  no  no sabe

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
m d a

o, si no sabe, EDAD \_\_\_\_\_

RAZA

Blanco/a

Negro/a

Asiático/a

Nativo de Hawai  
o de las Islas del Pacífico

Indio Americano/a o Nativo de Alaska

No sabe

Se negó a responder

Otro \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO

E.E.U.U.

Otro \_\_\_\_\_

## HISTORIA DEL PACIENTE/FACTORES DE RIESGO

yes no unk

- Recibió una transfusión de sangre antes de 1992
- Recibió un transplante de órgano antes de 1992
- Recibió factores de coagulación concentrados producido antes de 1987
- Alguna vez hemodíalisis a largo plaza
- Alguna vez inyectó drogas no recetadas por un médico, aunque solo sea una vez o varias veces
- Si es que sí, la droga principal inyectada (sólo escoje una):*
- Metanfetamina  La heroína  Cocaína
- El "Speedball" (cocaína y heroína combinado)
- Otra \_\_\_\_\_

¿Año de uso de drogas inyectables más reciente?  
(si es aplicable): \_\_\_\_\_

- ¿Tiene servicios de intercambio de agujas/jeringas disponible en su condado?
- Si es que sí, ¿utiliza estos servicios?*

yes no unk

- Empleado en el campo médico o dental que impliquen contacto directo con sangre humana
- Alguna vez encarcelado
- Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual
- ¿Es el paciente un hombre que haya tenido relaciones sexuales (aunque sea sólo una vez) con otro hombre?
- Alguna vez ha tenido contacto con una persona con hepatitis
- Si es que sí, tipo de contacto:*
- Sexual
- Hogar (no sexual)
- Agujas/jeringas compartidas
- Otro \_\_\_\_\_

Número de parejas sexuales masculinas en todo la vida \_\_\_\_\_

Número de parejas sexuales femeninas en todo la vida \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO (SÓLO para las individuos que han tenido una prueba positivo para hepatitis C)

yes no unk

- ¿Es el paciente llendo a una proveedor médico para su infección crónica de hepatitis C?
- ¿Alguna vez el paciente ha tomado medicamentos recetada pr una proveedor médico para su hepatitis C?

## SUBMISSION INSTRUCTIONS

Please place matching "FREE HCV" stickers on the HCV testing pilot study form in the top right corner (where indicated) and on the virology request form next to the test ordered (hepatitis C antibody). Forms should be submitted by mail to ACDP bi-weekly.

Please submit form to:

Oregon Public Health Division  
Acute & Communicable Disease Program  
Attn: Tasha Poissant  
800 NE Oregon St, Suite 772  
Portland, OR 97232

September 2010