

Scheda di Valutazione criteri di eleggibilità al trattamento con anticorpi monoclonali anti SARS-CoV-2

| MEDICO SEGNALATORE | |
|---|--|
| NOME E COGNOME | |
| MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> | USCA <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> |
| COMUNE DI ATTIVITA' | |
| RECAPITO TELEFONICO | |

| DATI ANAGRAFICI PAZIENTE | |
|--------------------------------|--|
| NOME E COGNOME | |
| DATA DI NASCITA | |
| RESIDENZA/DOMICILIO | |
| CODICE FISCALE | |
| TELEFONO | |
| ASST TERRITORIALE DI AFFERENZA | |
| ATS DI APPARTENENZA | |

CRITERI DI ELEGGIBILITA' (Devono essere presenti tutti e tre)

1. STADIAZIONE COVID-19

| | Criterio | Specificare (obbligatorio) |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | COVID-19 con sintomi lievi-moderati: uno qualsiasi di questi sintomi | <input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Ageusia/disgeusia <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Faringodinia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Mialgie <input type="checkbox"/> Sintomi gastrointestinali <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Tachipnea |
| <input type="checkbox"/> | Assenza di necessità di terapia con ossigeno liquido | |
| <input type="checkbox"/> | Saturazione in aria ambiente | |

2. ESORDIO DEI SINTOMI (Preferibilmente entro 5 giorni, comunque non oltre 10 giorni)

| | |
|--|----------|
| Data esordio sintomi | __/__/__ |
| Data esecuzione tampone (molecolare o antigenico di III generazione) | __/__/__ |

3. FATTORE DI RISCHIO

| Paziente adulto Età ≥ 18 anni + 1 dei seguenti fattori | | |
|---|---|---|
| | Criterio | Specificare (obbligatorio) |
| <input type="checkbox"/> | BMI ≥ 35 | |
| <input type="checkbox"/> | Dialisi cronica (peritoneale o emodialisi) | |
| <input type="checkbox"/> | Diabete mellito non controllato (emoglobina glicata >9.0% o >75 mmol/mol) o con complicanze croniche | |
| <input type="checkbox"/> | Immunodeficienza primitiva. | |
| <input type="checkbox"/> | Immunodeficienza secondaria (pazienti oncoematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressori o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure) | Specificare immunodeficienza (1) e terapia in corso (2) 1) 2) |
| Paziente adulto Età ≥ 5 anni + 1 dei seguenti fattori | | |
| <input type="checkbox"/> | Malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione arteriosa con danno d'organo) | |
| <input type="checkbox"/> | BPCO o altra malattia respiratoria cronica (es. fibrosi polmonare o in ossigenoterapia per ragioni differenti da COVID-19 che <u>non ha avuto bisogno di incremento di ossigeno dopo insorgenza di COVID-19</u>) | |
| Paziente pediatrico Età 12-17 anni + 1 dei seguenti fattori | | |
| <input type="checkbox"/> | BMI ≥ 85° percentile per età e genere | |
| <input type="checkbox"/> | Anemia falciforme | |
| <input type="checkbox"/> | Malattie cardiache congenite o acquisite | |
| <input type="checkbox"/> | Malattie del neurosviluppo | |
| <input type="checkbox"/> | Dipendenza da dispositivo tecnologico (es. tracheotomia, gastrostomia, ecc.) | |
| <input type="checkbox"/> | Asma o altre malattie respiratorie che richiedono terapie giornaliere | |

Altre informazioni:

Paziente allergico: No ☐ Si ☐ (specificare.....)

Paziente già sottoposto a vaccinazione: No ☐ Si ☐
 Se Sì, specificare: Tipo vaccino.....
 Una dose ☐ Due dosi ☐
 Data ultima dose.....

Eventuali indici rilevati e score relativo (specificare.....)

Informare il paziente della necessità di recarsi in ospedale provvisto della documentazione clinica inerente alla sua patologia di base.

Data: ____/____/____. Firma del Medico segnalatore_____