 

|  |
| --- |
| **SCHEDA ELEGGIBILITA’ PAZIENTE PER TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI E ANTIVIRALI ANTI-SARS-COV-2  (A CURA DEL MEDICO DI PS, MMG, PLS E USCA)** |
| **NOME**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     **COGNOME**:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ETA’ ( > 12 ANNI**): \_\_\_\_      **GENERE**:  **F** ☐ **M** ☐ |
| **TELEFONO**   \_\_\_\_\_\_\_ |
| **Data positività tramite test molecolare/antigenico generazione per SARS-CoV-2** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DATA ESORDIO SINTOMI DA COVID-19**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PAZIENTE VACCINATO PER SARS-COV-2 Sì** ☐ **NO**☐ **SE Sì, QUALE? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **QUANTE DOSI? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA ULTIMA DOSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **SELEZIONARE ALMENO UNO DI QUESTI SINTOMI DA COVID-19:**  ☐FEBBRE ☐TOSSE ☐AGEUSIA ☐DISGEUSIA ☐ANOSMIA ☐FARINGODINIA ☐ASTENIA  ☐CEFALEA ☐MIALGIA ☐SINTOMI GASTROINTESTINALI ☐DISPNEA ☐BRIVIDI ☐ CONGESTIONE NASALE |
| **SATURAZIONE IN ARIA AMBIENTE**  **SpO2 \_\_\_ %**  **IL PAZIENTE NECESSITA DI O2 TERAPIA CRONICA PER SOTTOSTANTI COMORBILITA’ NON CORRELATE AL COVID-19**  **Sì** ☐ **NO**☐  **SE SI ALLA RISPOSTA PRECEDENTE: Ha avuto bisogno di un incremento di O2 a seguito dell’insorgenza del COVID-19? Sì** ☐ **NO**☐  **PAZIENTE IN O2 TERAPIA PER SOTTOSTANTI COMORBILITA’ NON CORRELATE AL COVID-19:**  **Sì** ☐ **NO**☐ |
| **Se età < 18 anni compilare il campo sottostante** |
| **PRESENZA DI ALMENO UNA DELLE SEGUENTI COMORBILITA’:**  ☐BMI > = 85° PERCENTILE  ☐SOGGETTO CRONICAMENTE SOTTOPOSTO A DIALISI PERITONEALE O EMODIALISI  ☐DIABETE MELLITO NON CONTROLLATO O CON COMPLICANZE CRONICHE  ☐IMMUNODEFICIENZA PRIMITIVA  ☐IMMUNODEFICIENZA SECONDARIA (CON PARTICOLARE RIGUARDO A PAZIENTE ONCO-EMATOLOGICO IN  TRATTAMENTOCON FARMACI MIELO/IMMUNOSOPPRESSIVI, MIELOSOPPRESSIVI O MENO DI 6 MESI DALLA SOSPENSIONE DELLE CURE)  ☐ANEMIA FALCIFORME  ☐MALATTIA CARDIACA CONGENITA O ACQUISITA  ☐MALATTIA DEL NEUROSVILUPPO  ☐DIPENDENZA DA DISPOSITIVO TECNOLOGICO (P.ES. SOGGETTO CON TRACHEOTOMIA, GASTROSTOMIA ETC.)  ☐ASMA O ALTRA MALATTIA RESPIRATORIA CHE RICHIEDE MEDICAZIONI GIORNALIERE PER IL SUO CONTROLLO |
| **Se età > = 18 anni, compilare il campo sottostante** |
| **PRESENZA DI ALMENO UNA DELLE SEGUENTI COMORBILITA’:**  ☐ETA’ > 65 ANNI  ☐BMI > = 30  ☐SOGGETTO CRONICAMENTE SOTTOPOSTO A DIALISI PERITONEALE O EMODIALISI  ☐DIABETE MELLITO NON CONTROLLATO O CON COMPLICANZE CRONICHE  ☐IMMUNODEFICIENZA PRIMITIVA  ☐IMMUNODEFICIENZA SECONDARIA (CON PARTICOLARE RIGUARDO A PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON FARMACI IMMUNOSOPPRESSIVI A MENO DI 6 MESI DALLA SOSPENSIONE DELLE CURE)  ☐MALATTIA CARDIO-CEREBROVASCOLARE (INCLUSA IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO)  ☐BPCO E/O ALTRA MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA (FIBROSI POLMONARE O PAZIENTE CHE NECESSITA DI O2 - TERAPIA PER RAGIONI DIFFERENTI DA SARSCOV-2)  ☐PATOLOGIA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA IN FASE ATTIVA  ☐EPATOPATIA CRONICA  ☐EMOGLOBINOPATIE  ☐PATOLOGIE DEL NEUROSVILUPPO/NEURODEGENERATIVE |

**DATA**      **MEDICO**   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_