 

|  |
| --- |
| **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 INTRATTAMENTOCON 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**
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_