



Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari



**SCHEDA DI PRE-ARRUOLAMENTO DA INVIARE AL CENTRO SPECIALISTICO AUTORIZZATO ALLA
PRESCRIZIONE DI FARMACI PER
IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI NON OSPEDALIZZATI AFFETTI DA COVID-19**

PROPONENTE			
MMG	MED USCA	MED SPEC TERR	MED OSPED
COGNOME PAZIENTE			
NOME PAZIENTE			
ETA' (in anni)			
GENERE (M/F)		CODICE FISCALE	
PESO			
RECAPITO TELEFONICO PAZIENTE O DEL CAREGIVER:			
NOME E COGNOME MEDICO PROPONENTE:			
RECAPITO TELEFONICO MEDICO PROPONENTE:			
POSITIVITA' AL TEST MOLECOLARE O TEST ANTIGENICO PER SARS-CoV2	SI	NO (NON ELEGGIBILE)	
DATA DEL TEST	___ / ___ / ____		
DATA ESORDIO DEI SINTOMI DA COVID-19	___ / ___ / ____		
	IL PAZIENTE E' ELEGGIBILE AL TRATTAMENTO CON MOLNUPIRAVIR/PAXLOVID SE SONO PASSATI MENO DI 5 GIORNI DALL'ESORDIO DELLA MALATTIA		
	IL PAZIENTE E' ELEGGIBILE AL TRATTAMENTO CON REMDESIVIR SE SONO PASSATI MENO DI 7 GIORNI DALL'ESORDIO DELLA MALATTIA		
	IL PAZIENTE E' ELEGGIBILE AL TRATTAMENTO CON mAbs SE SONO PASSATI MENO DI 10 GIORNI DALL'ESORDIO DELLA MALATTIA (con le eccezioni previste in scheda tecnica)		
PAZIENTE GIA' SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE PER SARS-CoV-2	SI	NO	
SE SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE, INDICARE IL VACCINO SOMMINISTRATO TRA LE OPZIONI PREVISTE	ASTRA ZENECA		
	COMIRNATY (PFIZER-BIONTECH)		
	JOHNSON & JOHNSON		
	MODERNA		
	ALTRO _____		
NUMERO DI DOSI EFFETTUATE			
DATA DI SOMMINISTRAZIONE DELL'ULTIMA DOSE	___ / ___ / ____		
SATURAZIONE O ₂ (SpO ₂) IN ARIA AMBIENTE (VALORE NUMERICO INTERO TRA 1-100)			
IL PAZIENTE NECESSITA DI OSSIGENOTERAPIA CRONICA PER SOTTOSTANTI COMORBIDITA' NON CORRELATE AL COVID-19	SI	NO	

SE SI' ALLA DOMANDA PRECEDENTE, HA AVUTO BISOGNO DI UN INCREMENTO DI OSSIGENO A SEGUITO DELL'INSORGENZA DI COVID-19	SI (NON ELEGGIBILE tranne se ospedalizzato per COVID 19 SOLO per mAbs)	NO
PAZIENTE IN OSSIGENOTERAPIA PER CONDIZIONE CORRELATA AL COVID-19	SI (NON ELEGGIBILE PER MOLNUPIRAVIR/PAXLOVID E REMDESIVIR)	NO
PAZIENTE IN OSSIGENOTERAPIA AD ALTI FLUSSI O SOGGETTO A PROCEDURE DI VENTILAZIONE MECCANICA PER CONDIZIONE CORRELATA AL COVID-19	SI (NON ELEGGIBILE PER MOLNUPIRAVIR/PAXLOVID, REMDESIVIR e mAbs)	NO
PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER COVID-19	SI (NON ELEGGIBILE PER MOLNUPIRAVIR/PAXLOVID E REMDESIVIR)	NO PAZIENTE NON OSPEDALIZZATO O OSPEDALIZZATO PER MOTIV. DIFFERENTE DAL COVID 19
SE SI' ALLA DOMANDA PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER COVID-19 (SOLO per mAbs)	NEGATIVA	
PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER COVID-19	POSITIVA (NON ELEGGIBILE)	
Sierologia (IgM, IgG, antiglicoproteina S) anti SARS-CoV-2	NON DISPONIBILE (NON ELEGGIBILE)	
SE NO ALLA DOMANDA PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER COVID-19	LIEVE	
GRADO DI GRAVITA' DEI SINTOMI COVID-19	MODERATO	
	GRAVE/CRITICO (NON ELEGGIBILE)	
SELEZIONARE ALMENO UNO DI QUESTI SINTOMI DA COVID-19	FEBBRE	
	TOSSE	
	AGEUSIA/DISGEUSIA	
	ANOSMIA	
	FARINGODINIA	
	ASTENIA	
	CEFALEA	
	MIALGIE	
	SINTOMI GASTROINTESTINALI	
	DISPNEA	
	BRIVIDI	
	CONGESTIONE NASALE	
IL PAZIENTE PRESENTA ALMENO UNO FRA QUESTI FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI ALL'EVOLUZIONE IN MALATTIA GRAVE	PATOLOGIA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA IN FASE ATTIVA	
	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (esclusi pazienti in DIALISI o CON eGFR < 30 mL/min/1,73 m ²)	
	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (incluse DIALISI PERITONEALE o EMODIALISI) solo per mAbs	
	BRONCOPNEUMOPATIA GRAVE E/O ALTRA MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA	
	IMMUNODEFICIENZA PRIMARIA O ACQUISITA	
	OBESITA' [(BODY MASS INDEX, BMI) ≥30] (PAZ. ≥18 ANNI)	
	INDICE DI MASSA CORPOREA (Body Mass Index, BMI) ≥95° PERCENTILE PER ETÀ E GENERE (PAZ. <18 ANNI) solo per mAbs	
	MALATTIA CARDIOVASCOLARE GRAVE (SCOMPENSO CARDIACO, MALATTIA CORONARICA, CARDIOMIOPATIA)	
	DIABETE MELLITO NON COMPENSATO O CON COMPLICANZE	
	EPATOPATIA CRONICA	
	PAZIENTE CON ETÀ' > 65 ANNI	
	MALATTIA CARDIO-CEREBROVASCOLARE (INCLUSA IPERTENSIONE CON CONCOMITANTE DANNO D'ORGANO)	
	EMOGLOBINOPATIE	
	PATOLOGIE DEL NEUROSviluppo E PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE	
IN CASO DI PAZIENTE DONNA PAZIENTE IN GRAVIDANZA	SI (NON ELEGGIBILE PER MOLNUPIRAVIR/PAXLOVID)	NO

FUNZIONALITA' EPATICA	NORMALE	
	COMPROMESSA	
SE FUNZIONALITA' EPATICA COMPROMESSA, INDICARE IL GRADO DI COMPROMISSIONE EPATICA NB: • Vi è un'esperienza limitata sull'uso di Molnupiravir in soggetti con qualsiasi grado di compromissione epatica GRAVE (Classe C di Child Pugh) • Paxlovid non può essere usato in pazienti con compromissione epatica grave • Gli Anticorpi Monoclonali non sono stati studiati in pazienti con compromissione epatica moderata o severa" • Remdesivir può essere usato in caso di funzionalità epatica aumentata ma < volte ULN con valutazione della compromissione epatica e valutando il rapporto rischio/beneficio	LIEVE	
	MODERATA	
	GRAVE	
FUNZIONALITA' RENALE	NORMALE	
	COMPROMESSA	
SE FUNZIONALITA' RENALE COMPROMESSA, INDICARE IL GRADO DI COMPROMISSIONE RENALE	LIEVE	
	MODERATA	
	GRAVE	NON ELEGGIBILE per PAXLOVID
PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRATTAMENTO CON ALTRO ANTIVIRALE PER COVID-19	SI (NON ELEGGIBILE PER MOLNUPIRAVIR/PAXLOVID E REMDESIVIR)	NO
<u>In caso di paziente donna potenzialmente fertile,</u> LA DONNA ACCETTA DI EVITARE DI INIZIARE UNA GRAVIDANZA DURANTE IL TRATTAMENTO CON PAXLOVID E, COME MISURA PRECAUZIONALE, PER 7 GIORNI DOPO IL COMPLETAMENTO DI PAXLOVID? (Non sono disponibili dati riguardo all'uso di Paxlovid nelle donne incinte che diano indicazioni sul rischio associato al medicinale di effetti avversi sullo sviluppo. In caso di paziente potenzialmente fertile)	SI	NO (NON ELEGGIBILE PER PAXLOVID)
<u>In caso di paziente donna potenzialmente fertile,</u> LA DONNA ACCETTA DI UTILIZZARE UN METODO CONTRACCETTIVO ALTERNATIVO EFFICACE O UN METODO CONTRACCETTIVO DI BARRIERA AGGIUNTIVO DURANTE IL TRATTAMENTO CON PAXLOVID E FINO A UN CICLO MESTRUALE DOPO AVER INTERROTTO PAXLOVID? (l'uso di ritonavir può ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali combinati" in caso di paziente)	SI	NO (NON ELEGGIBILE PER PAXLOVID)

AL FINE DI MINIMIZZARE IL RISCHIO DI TOSSICITA' RIPRODUTTIVA E NON ESSENDO NOTE EVENTUALI INTERAZIONI DI MOLNUPIRAVIR CON I CONTRACCETTIVI ORMONALI È NECESSARIO GARANTIRE APPROPRIATE MODALITA' CONTRACCETTIVE. LA PAZIENTE ACCETTA DI UTILIZZARE METODI CONTRACCETTIVI EFFICACI CHE INCLUDANO NECESSARIAMENTE METODI CONTRACCETTIVI DI BARRIERA, PER L'INTERA DURATA DEL TRATTAMENTO, SENZA INTERRUZIONE (IN CASO DI PAZIENTE UOMO PARTNER DI UNA DONNA POTENZIALMENTE FERTILE PER ALMENO 3 MESI DOPO LA FINE DEL TRATTAMENTO E IN CASO DI PAZIENTE DONNA POTENZIALMENTE FERTILE PER ALMENO 4 GIORNI DOPO LA FINE DEL TRATTAMENTO)?	SI	NO (NON ELEGGIBILE per MOLNUPIRAVIR)
È STATO CONSEGNATO IL MODULO INFORMATIVO AL PAZIENTE?	SI	NO (NON ELEGGIBILE Per MOLNUPIRAVIR e Bamlanivimab/Etesevimab)
ORA	DATA	
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE		
Empty space for stamp and signature		



**SCHEDA DI FINE TRATTAMENTO DA INVIARE AL CENTRO SPECIALISTICO AUTORIZZATO ALLA
PRESCRIZIONE DI FARMACI PER
IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI NON OSPEDALIZZATI AFFETTI DA COVID-19**

PROPONENTE

MMG MED USCA MED SPEC TERR MED OSPED

COGNOME PAZIENTE

NOME PAZIENTE

ETA' (in anni)

GENERE (M/F) CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO PAZIENTE O DEL CAREGIVER:

La scheda di fine trattamento è da intendersi come scheda di follow-up da eseguire a circa 1 mese dalla somministrazione degli antivirali attraverso un contatto a distanza (per es. per via telefonica) con il paziente.

La data di fine trattamento deve intendersi come data di compilazione di questa scheda di monitoraggio.

DATA FINE TRATTAMENTO ____ / ____ / ____

CAUSA DI FINE TRATTAMENTO DECISIONE CLINICA

La causa di FT, per pazienti che hanno effettuato la terapia in regime di ricovero, con mAbs RR, deve essere selezionata tra le opzioni "Guarigione" o "Dimissione" o "Decesso"; La causa di FT per i pazienti non ospedalizzati oppure ospedalizzati per motivazioni differenti dal COVID-19, deve essere selezionata tra le opzioni "Guarigione" o "Ricovero ospedaliero o accesso al PS" o "Decesso".

TOSSICITA' AL FARMACO

GUARIGIONE

RICOVERO OSPEDALIERO O ACCESSO AL PS

DECESSO

SE SELEZIONATO RICOVERO OSPEDALIERO O ACCESSO AL PS, indicare:

DATA RICOVERO OSPEDALIERO O ACCESSO AL PS ____ / ____ / ____

CAUSA OSPEDALIZZAZIONE O ACCESSO AL PS CAUSA CORRELATA AL COVID-19

CAUSA NON CORRELATA AL COVID-19

SE SELEZIONATO DECESSO, indicare:

DATA DEL DECESSO ____ / ____ / ____

CAUSA DEL DECESSO CAUSA CORRELATA AL COVID-19

CAUSA NON CORRELATA AL COVID-19

IL PAZIENTE HA COMPLETATO IL TRATTAMENTO SI NO

PER ANTIVIRALI ORALI: SE RISPOSTO **NO** ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUANTE CAPSULE SONO STATE ASSUNTE? NUMERO CAPSULE

IL PAZIENTE HA AVUTO UNA REAZIONE NOCIVA E NON VOLUTA AL MEDICINALE?*

SI NO

SE SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, SPECIFICARE IL TIPO DI REAZIONE AVVERSA

CAPOGIRO

ORTICARIA

ERUZIONE CUTANEA

PRURITO

NAUSEA

VOMITO

DIARREA

VERTIGINI

CEFALEA

ALTRO: _____

LA REAZIONE AVVERSA E' STATA GRAVE? SI NO

*Tutte le sospette reazioni avverse da antivirali rilevate dagli operatori sanitari o riportate dal paziente devono essere opportunamente segnalate, o alla persona qualificata responsabile della farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza, o attraverso i canali ordinari messi a disposizione dall'AIFA quali strumenti indispensabili per confermare la sicurezza di tali medicinali (www.vigifarmaco.it).

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE