

**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	
ASL DI APPARTENENZA	
DISTRETTO DI APPARTENENZA	

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

1. STADIAZIONE COVID-19

<input type="checkbox"/>	Criterio	Specificare (obbligatorio)
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Assenza di necessità di terapia con ossigeno	
<input checked="" 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		
	Critério	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 >= 55 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 / /

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

Data: ___ / ___ / ___

Firma del Medico segnalatore _____