

SCHEDA ARRUOLAMENTO PAZIENTI DA SOTTOPORRE A TERAPIA CON ANTIVIRALI

Dati del paziente

Nome Cognome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita

Residente in

Codice Fiscale

Numero di telefono E-mail

Scheda Eleggibilità e Dati Clinici		
Età ≥ 18 anni	SI	
Positività tramite test molecolare o test antigenico di III generazione per SARS-CoV-2	SI	NO
Data del test	___/___/___	
Data esordio dei sintomi da COVID-19	___/___/___	
Sintomi da COVID-19 di grado lieve-moderato ?	SI	NO
Selezionare almeno uno di questi sintomi da COVID-19	<input type="radio"/> febbre	
	<input type="radio"/> tosse	
	<input type="radio"/> ageusia/disgeusia	
	<input type="radio"/> anosmia	
	<input type="radio"/> faringodinia	
	<input type="radio"/> astenia	
	<input type="radio"/> cefalea	
	<input type="radio"/> mialgie	
	<input type="radio"/> sintomi gastrointestinali	
	<input type="radio"/> dispnea	
<input type="radio"/> tachipnea		
Saturazione O ₂ (SpO ₂) in aria ambiente		
Paziente già sottoposto a vaccinazione per SARS-CoV-2	SI	NO
Se <i>Si</i> , specificare il vaccino somministrato	Pfizer-BioNTech	
	Moderna	
	Astra Zeneca	
	altro	
Se <i>Si</i> , effettuate le dosi previste	SI	NO
Se <i>Si</i> , indicare l'ultima data di somministrazione del vaccino	___/___/___	
Paziente ospedalizzato per COVID-19	SI	NO
Il paziente necessita di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità non correlate al COVID-19	SI	NO

Se SI alla domanda sopra, ha avuto bisogno di un incremento di ossigeno a seguito dell'insorgenza del COVID-19	SI	NO
Paziente in ossigenoterapia e/o soggetto a procedure di ventilazione meccanica per condizione correlata al COVID-19	SI	NO
Precedenti di intolleranza / effetti avversi alla somministrazione di farmaci per via parenterale	SI	NO
Allergie note	SI	NO
Compromissione epatica grave (classe C di Child Pugh)	SI	NO
Gravidanza o donna in età fertile che non usa misure contraccettive efficaci	SI	NO

FATTORI DI RISCHIO	
Principali possibili fattori di rischio	<input type="checkbox"/> patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva
	<input type="checkbox"/> insufficienza renale cronica (esclusi pz in dialisi o con eGFR<30 mL/min/1.73 m ²)
	<input type="checkbox"/> broncopneumopatia grave
	<input type="checkbox"/> immunodeficienza primaria o acquisita
	<input type="checkbox"/> obesità (Body Mass Index, BMI): ≥30
	<input type="checkbox"/> malattia cardio-vascolare grave (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia)
	<input type="checkbox"/> diabete mellito non compensato
	<input type="checkbox"/> epatopatia cronica (funzionalità epatica – ALT: normale o aumentata ma < 5 volte ULN)

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Medico _____

Telefono _____

e-mail _____