

ALLEGATO "H"

SCHEDA ARRUOLAMENTO PAZIENTI DA SOTTOPORRE A TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI

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		
Positività tramite test molecolare o test antigenico di terza 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	Febbre	
	Tosse	
	Ageusia/disgeusia	
	Anosmia	
	Faringodinia	
	Astenia	
	Cefalea	
	Mialgie	
	Sintomi gastrointestinali	
	Dispnea	
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 entrambe le dosi previste	SI	NO
Se <i>Si</i> , indicare la data di somministrazione del vaccino (se effettuate entrambe le somministrazioni, indicare la data della seconda)	___/___/___	
Paziente ospedalizzato per COVID-19	SI	NO
Il paziente necessita di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità non correlate al COVID-19	SI	NO
Se <i>Si</i> 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

Se età <18 anni	
Presenza di almeno una delle seguenti comorbidità	<input type="radio"/> BMI ≥85° percentile per età e genere
	<input type="radio"/> soggetto cronicamente sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi
	<input type="radio"/> diabete mellito non controllato (HbA1c ≥9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
	<input type="radio"/> immunodeficienza primitiva
	<input type="radio"/> immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologico in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
	<input type="radio"/> anemia falciforme
	<input type="radio"/> malattia cardiaca congenita o acquisita
	<input type="radio"/> malattia del neurosviluppo
	<input type="radio"/> dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetto con tracheotomia, gastrostomia, etc.)
	<input type="radio"/> asma o altra malattia respiratoria che richiede medicazioni giornaliere per il suo controllo
Se età ≥18 anni	
Presenza di almeno una delle seguenti comorbidità <i>(selezione multipla)</i>	<input type="radio"/> BMI ≥35 Kg/m ²
	<input type="radio"/> soggetto cronicamente sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi
	<input type="radio"/> diabete mellito non controllato (HbA1c ≥9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
	<input type="radio"/> immunodeficienza primitiva
	<input type="radio"/> immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologico in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
	<input type="radio"/> malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione arteriosa con danno d'organo) *
	<input type="radio"/> BPCO e/o altra malattia respiratoria cronica (fibrosi polmonare o paziente che necessita di O ₂ -terapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2) *

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico _____

* ≥ 55 anni