

SCHEDA PAZIENTE PER SOMMINISTRAZIONE ANTICORPI MONOCLONALI
AMBULATORIO REPARTO COVID "CARLO URBANI" JESI

Nome e Cognome:.....
Nato a: il:
Residenza: Via Comune:.....
Codice Fiscale:

Positività tramite test molecolare o antigenico di 3° generazione per SARS-CoV-2: SI NO

Data del test:

Data esordio dei sintomi da COVID-19.....

Insorgenza sintomi da non oltre 10 giorni: SI NO

Sintomi lievi/moderati: SI NO

Selezionare almeno uno di questi sintomi da COVID-19

febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
a/disgeusia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	anosmia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
faringodinia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	astenia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
cefalea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	mialgia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
gastroint.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	dispnea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tachipnea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

Saturazione O2 (SO2) in aria ambiente

Paziente già sottoposto a vaccinazione per SARS-CoV-2 SI NO

Il paziente necessita di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità non correlate al COVID-19? SI NO

Paziente in ossigenoterapia e/o soggetto a procedure di ventilazione meccanica per condizione correlata al COVID-19 SI NO

Indicazione ad ospedalizzazione SI NO

Presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- body Mass Index (BMI) $\geq 35 \text{Kg/m}^2$
- dialisi peritoneale o emodialisi cronica
- diabete mellito non controllato (HbA1c $\geq 9.0\%$ o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
- immunodeficienza primitiva
- immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
- età > 65 anni con presenza di almeno un ulteriore fattore di rischio
- età > 55 anni e:
 - 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 SARS-Cov-2)
- età 12-17 anni e:
 - body Mass Index (BMI) ≥ 85 esimo percentile per età e genere
 - anemia falciforme
 - malattie cardiache congenite o acquisite
 - malattie da neuro sviluppo
 - dipendenza da dispositivo tecnologico (es . tracheotomia, gastrostomia, ecc.)
 - asma o alte malattie respiratorie che richiedano medicazioni giornaliere

Il/La paziente acconsente alla somministrazione

Δ SI Δ NO

Timbro e firma MMG/PLS/USCA

Da inviare in questa fase di avvio a:

- marco.candela@sanita.marche.it
- annamaria.schimizzi@sanita.marche.it