**SCHEDA PROPOSTA RICHIESTA TAMPONI “PERCORSO MALATI” e INSERIMENTO IN “ISOLAMENTO DOMICILIARE” fino alla guarigione virologica**

**DATI PAZIENTE:**

1. NOME :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. TELEFONO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. INDIRIZZO (VIA e CITTA’):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. PROFESSIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se OPERATORE SANITARIO specificare ente sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. SE OSPITE STRUTTURA RESIDENZIALE (specificare struttura):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Se CATEGORIE VULNERABILI (barrare la casella):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| età >70 anni | Insuff renale cronica in dialisi | Insuff cardiaca classe III e IV NYHA |
| Cirrosi epatica stadio B | Pz con anamnesi di evento cardio/cerebro-vascolare o cardiochirurgia | immunodepressi |
| Diabete insulino dip o con coplicanze | Insufficienza respiratoria cronica in O2 terapia e mucoviscidosi | Chemioterapia oncologica – immunoterapia soppressiva – terapia con farmaci biologici o corticosteroidi |
| Infezione da HIV non controllata o con CD4<200 ml3 | Pazienti trapiantati o in attesa di trapianto | Malattie ematologiche maligne |
| Neoplasia metastatizzata | Donne in gravidanza | Obisità grave (IMC>40) |

1. Se contatto stretto di un COVID POSITIVO, specificare nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data ultimo contatto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI CLINICHE:**

1. SINTOMI: **□**SI **□**NO
* se sì, quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* data inizio sintomi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**inviare per competenza territoriale a:**

|  |  |
| --- | --- |
| vaccini.fabriano@sanita.marche.it | vaccinazioni.senigallia@sanita.marche.it |
| sispancona@sanita.marche.it | vaccinazioni.jesi@sanita.marche.it |