



Regione Toscana



**SCHEDA DI PRE-ARRUOLAMENTO DA INVIARE AL CENTRO SPECIALISTICO AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI ANTTICORPI MONOCLONALI PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA COVID-19.**

**PROPONENTE AL TRATTAMENTO:**

MMG     MED USCA     MEDICO PRONTO SOC.     MED. SPECIALISTA

<b>COGNOME PAZIENTE:</b>	
<b>NOME PAZIENTE:</b>	
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA (Età ≥12 ANNI):</b>	
<b>GENERE (M/F):</b>	<b>CODICE FISCALE:</b>
<b>PESO:</b>	
<b>RECAPITO TELEFONICO PAZIENTE O DEL CAREGIVER:</b>	
<b>NOME E COGNOME MEDICO PROPONENTE:</b>	
<b>RECAPITO TELEFONICO MEDICO PROPONENTE:</b>	

**SCHEDA ELEGGIBILITÀ E COMPILAZIONE DATI CLINICI**

POSITIVITÀ AL TEST MOLECOLARE O TEST ANTIGENICO DI TERZA GENERAZIONE PER SARS-CoV2	SI	NO (NON ELEGGIBILE)
DATA DEL TEST	____/____/____	
DATA ESORDIO DEI SINTOMI DA COVID-19	____/____/____  blocco se [data valutazione - data esordio sintomi] >7gg, TRANNE SE: "Paziente ospedalizzato per COVID-19": "Si" AND "Sierologia (IgM, IgG, antiglicoproteina S anti SARS-CoV-2)": "Negativa" OR "Paziente ospedalizzato per COVID-19": "No" AND "Presenza di immunodeficienza primitiva o secondaria": "Si" AND "Sierologia (IgM, IgG, antiglicoproteina S anti SARS-CoV-2)": "Negativa"	
PAZIENTE GIA' SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE PER SARS-CoV2	SI	NO
SE ALLA DOMANDA SOPRA LA RISPOSTA È SI, INDICARE IL VACCINO UTILIZZATO (INDICARE TRA LE OPZIONI PREVISTE APPONENDO IL SEGNO X)	COMIRNATY (PFIZER-BIONTECH) MODERNA ASTRA-ZENECA JOHNSON & JOHNSON ALTRO (SPECIFICARE)	
SE SI, SONO STATE FATTE TUTTE LE DOSI PREVISTE	SI	NO
SE SI, INDICARE LA DATA DI SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO (SE SONO STATE FATTE TUTTE LE DOSI INDICARE LA DATA DELL'ULTIMA)	____/____/____	



Regione Toscana



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

SATURAZIONE O <sub>2</sub> (SpO <sub>2</sub> ) IN ARIA AMBIENTE (INDICARE IL VALORE RICHIESTO COMPRESO TRA 1-100)		
IL PAZIENTE NECESSITA DI OSSIGENOTERAPIA CRONICA PER SOTTO-STANTI COMORBIDITA' <b>NON</b> CORRELATE AL COVID-19	SI	NO
SE SÌ ALLA DOMANDA SOPRA, HA AVUTO BISOGNO DI UN INCREMENTO DI OSSIGENO A SEGUITO DELL'INSORGENZA DI COVID-19?	SI blocca TRANNE SE: "Paziente ospedalizzato per COVID-19": <b>"Si"</b>	NO
PAZIENTE IN OSSIGENOTERAPIA AD ALTI FLUSSI O SOGGETTO A PROCEDURE DI VENTILAZIONE MECCANICA PER CONDIZIONE CORRELATA AL COVID-19?	SI (NON ELEGIBILE)	NO
PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER COVID-19	SI	NO <i>Paziente non ospedalizzato, o ospedalizzato per motivazione differenti dal COVID-19</i>
SE SÌ ALLA DOMANDA SOPRA, SIEROLOGIA (IgM, IgG, antiglicoproteina S) anti SARS-CoV-2:	NEGATIVA	POSITIVA (NON ELEGGINBILE)

SE SELEZIONATO "NO" ALLA DOMANDA "PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER COVID-19":		
SINTOMI DA COVID-19 DI GRADO LIEVE-MODERATO	SI	NO (NON ELEGGINBILE)
SELEZIONARE ALMENO UNO DI QUESTI SINTOMI DA COVID-19	FEBBRE TOSSE AGEUSIA/DISGEUSIA ANOSMIA FARINGODINIA ASTENIA CEFALEA MIALGIE SINTOMI GASTROINTESTINALI DISPNEA TACHIPNEA	
INDICE DI MASSA CORPOREA (BODY MASS INDEX, BMI) ≥30 (Rispondere solo se paziente età ≥ 18 anni)	SI	NO
IL BMI È ≥ 95° PERCENTILE PER ETA' E GENERE (Rispondere solo se paziente età < 18 anni)	SI	NO
PRESENZA DI INSUFFICIENZA RENALE CRONICA, INCLUSE DIALISI PERITONEALE O EMODIALISI	SI	NO



IL SOGGETTO HA UN DIABETE MELLITO NON CONTROLLATO (HbA1c > 9,0% o 75 mmol/mol) O CON COMPLICANZE CRONICHE	SI	NO	
IL PAZIENTE HA UN'IMMUNODEFICIENZA PRIMITIVA O SECONDARIA	SI	NO	
SIEROLOGIA (IgM, IgG, antiglicoproteina S) anti SARS-CoV-2	Negativa	Positiva BLOCCA SE [data valutazione - data esordio sintomi] > <b>7 gg</b>	Non disponibile BLOCCA SE [data valutazione - data esordio sintomi] > <b>7 gg</b>
PAZIENTE CON ETÀ >65 ANNI	SI	NO	
MALATTIA CARDIO-CEREBROVASCOLARE (INCLUSA IPERTENSIONE CON DANNO D'ORGANO)	SI	NO	
PRESENZA DI EPATOPATIA CRONICA	SI  <b>ALERT</b> "Gli anticorpi monoclonali non sono stati studiati in pazienti con compromissione epatica moderata o severa"	NO	
PRESENZA DI BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA E/O ALTRA MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA (ad es. soggetti affetti da asma, fibrosi polmonare o che necessitano di ossigenoterapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2)	SI	NO	
PRESENZA DI EMOGLOBINOPATIE	SI	NO	
PATOLOGIE DEL NEUROSVILUPPO E PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE	SI	NO	

ORA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE