**Scheda di Valutazione criteri di eleggibilità al trattamento**

**con anticorpi monoclonali anti SARS-CoV-2**

|  |
| --- |
| **MEDICO SEGNALATORE** |
| NOME E COGNOME |  |
| MMG PLS  | USCA PS ALTRO  |
| COMUNE DI ATTIVITA’ |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI PAZIENTE** |
| NOME E COGNOME |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| RESIDENZA/DOMICILIO |  |
| CODICE FISCALE |  |
| TELEFONO |  |
| ASL DI APPARTENENZA |  |
| DISTRETTO DI APPARTENENZA |  |

**CRITERI DI ELEGGIBILITA’ (Devono essere presenti tutti e tre)**

**1. STADIAZIONE COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Criterio** | **Specificare (obbligatorio)** |
|  | COVID-19 con sintomi lievi-moderati: uno qualsiasi di questi sintomi  | * Febbre
* Tosse
* Ageusia/disgeusia
* Anosmia
* Faringodinia
* Astenia
* Cefalea
* Mialgie
* Sintomi gastrointestinali
* Dispnea
* Tachipnea
 |
|  | Assenza di necessità di terapia con ossigeno  |  |
|  | Saturazione in aria ambiente  |  |

**2. ESORDIO DEI SINTOMI (**Preferibilmente entro 5 giorni, comunque non oltre 10 giorni)

|  |  |
| --- | --- |
| Data esordio sintomi | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| Data esecuzione tampone (molecolare o antigenico di III generazione) | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

1. **FATTORE DI RISCHIO**

|  |
| --- |
| **Paziente adulto Età>= 18 anni + 1 dei seguenti fattori** |
|  | **Criterio** | **Specificare (obbligatorio)** |
|  | BMI>=35 |  |
|  | Dialisi cronica (peritoneale o emodialisi) |  |
|  | Diabete mellito non controllato (emoglobina glicata>9.0% o >75 mmol/mol) o con complicanze croniche |  |
|  | Immunodeficienza primitiva. |  |
|  | Immunodeficienza secondaria (pazienti oncoematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressori o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)  | Specificare immunodeficienza (1) e terapia in corso (2)1. ……………………………………….
2. ……………………………………….
 |
| **Paziente adulto Età>= 55 anni + 1 dei seguenti fattori** |
|  | Malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione arteriosa con danno d’organo) |  |
|  | BPCO o altra malattia respiratoria cronica (es. fibrosi polmonare o in ossigenoterapia per ragioni differenti da COVID-19 che *non ha avuto bisogno di incremento di ossigeno dopo insorgenza di COVID-19*) |  |
| **Paziente pediatrico Età 12-17 anni + 1 dei seguenti fattori** |
|  | BMI>=85° percentile per età e genere |  |
|  | Anemia falciforme |  |
|  | Malattie cardiache congenite o acquisite |  |
|  | Malattie del neurosviluppo |  |
|  | Dipendenza da dispositivo tecnologico (es. tracheotomia, gastrostomia, ecc.) |  |
|  | Asma o altre malattie respiratorie che richiedono terapie giornaliere |  |

**Altre informazioni:**

Paziente allergico No  Si  (specificare………………………………….)

Paziente già sottoposto a vaccinazione: No  Si 

 Se Sì, specificare: Tipo vaccino …..…...……………….

Una dose  Due dosi

Data ultima dose .…./.…/...…..……

**Informare il paziente della necessità di recarsi in ospedale provvisto della documentazione clinica inerente alla sua patologia di base.**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Medico segnalatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_