

**Scheda di Valutazione criteri di eleggibilità al trattamento con antivirali  
Remdesivir (Veklury) o Molnupiravir (Lagevrio)  
(GU n.308 del 29-12-2021, Determina AIFA n. DG/1644/2021)**

<b>MEDICO SEGNALATORE</b>	
NOME E COGNOME	
MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/>	USCA <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>
COMUNE DI ATTIVITA'	
RECAPITO TELEFONICO e MAIL	

<b>DATI ANAGRAFICI PAZIENTE</b>	
NOME E COGNOME	
DATA e LUOGO di NASCITA	
RESIDENZA/DOMICILIO	
CODICE FISCALE	
TELEFONO e MAIL	
ASST TERRITORIALE DI AFFERENZA	
ATS DI APPARTENENZA	
PESO CORPOREO Kg e ALTEZZA cm	

**CRITERI DI ELEGGIBILITA'**

**1. STADIAZIONE COVID-19**

<input type="checkbox"/>	<b>Criterio</b>	<b>Specificare (obbligatorio)</b>
<input type="checkbox"/>	COVID-19 con sintomi lievi-moderati: uno qualsiasi di questi sintomi	<input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Ageusia/disgeusia <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Faringodinia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Mialgie <input type="checkbox"/> Sintomi gastrointestinali <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Brividi <input type="checkbox"/> Congestione nasale
<input type="checkbox"/>	Necessità di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità (se si, è necessario segnalare un incremento di O2 a seguito dell'insorgenza di COVID-19)	
<input type="checkbox"/>	Necessità di ossigenoterapia per condizione correlata al COVID-19	
<input type="checkbox"/>	Saturazione in aria ambiente	



**Per remdesivir:**

-Valore di transaminasi (ALT) (entro 7 giorni): ..... (il farmaco è controindicato se ALT > 5 ULN)

**Per molnupiravir:**

-Insufficienza epatica in anamnesi: O No O Si  
(vi è un'esperienza limitata in soggetti con qualsiasi grado di compromissione epatica)

-Se donna in età fertile, è richiesto test di gravidanza con esito negativo.

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Firma del Medico segnalatore \_\_\_\_\_