

**Scheda di Valutazione criteri di eleggibilità al trattamento con anticorpi monoclonali antiSARS-CoV-2 (GU 142 del 16/06/21, AIFA n°658 del 5/8/21 e AIFA del 27/11/21)**

<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**

	<b>Critério</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"/> Tachipnea
<input type="checkbox"/>	Assenza di necessità di terapia con ossigeno ad alti flussi o in ventilazione meccanica	
<input type="checkbox"/>	Saturazione in aria ambiente	
<input type="checkbox"/>	<b>Degenza per COVID19 SENZA</b> necessità di terapia con ossigeno ad <b>alti flussi</b> o di <b>ventilazione meccanica</b> e <b>sierologia RBD IgG anti Spike negativa</b>	<b>Solo</b> per terapia con <b>Casiri/imde 1200mg+1200mg</b>

**2. ESORDIO DEI SINTOMI (Entro e non oltre 7 giorni)**

Data esordio sintomi	___/___/___
Data esecuzione tampone (molecolare o antigenico di III generazione)	___/___/___
<input type="checkbox"/>	Il trattamento è possibile <b>OLTRE i 7 giorni</b> dall'esordio solo in soggetti ambulatoriali con <b>immunodeficienza</b> che presentino <b>sierologia RBD IgG anti Spike negativa</b> e <b>prolungata positività al tampone molecolare</b> .

### 3. FATTORE DI RISCHIO

Paziente adulto $\geq$ 18 anni + 1 dei seguenti fattori		
	Critero	Specificare (obbligatorio)
<input type="checkbox"/>	BMI $\geq$ 30	
<input type="checkbox"/>	Insufficienza renale cronica incluse dialisi cronica (peritoneale o emodialisi)	
<input type="checkbox"/>	Diabete mellito non controllato (emoglobina glicata $>9.0\%$ o $>75$ mmol/mol) o con complicanze croniche	
<input type="checkbox"/>	Immunodeficienza primitiva.	
<input type="checkbox"/>	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) .....
<input type="checkbox"/>	Età $> 65$ anni	
<input type="checkbox"/>	Malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione arteriosa con danno d'organo)	
<input type="checkbox"/>	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 CoV2) <u>non ha avuto bisogno di incremento di ossigeno dopo insorgenza di COVID-19</u>	
<input type="checkbox"/>	Epatopatia cronica [box warning: "gli anticorpi monoclonali non sono stati studiati in pazienti con compromissione epatica moderata o severa".]	
<input type="checkbox"/>	Emoglobinopatie	
<input type="checkbox"/>	Patologie del neurosviluppo e neurodegenerative	

#### Altre informazioni:

Paziente allergico:  No  Si (specificare.....)

Paziente già sottoposto a vaccinazione:  No  Si

Se Sì, specificare: Tipo vaccino.....  
 Una dose  Due dosi  Tre 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 \_\_\_\_\_