



COVID MANAGEMENT TEAM

REGOLAMENTO *AD INTERIM* PER LA ASSISTENZA SANITARIA
DEI PAZIENTI COVID POSITIVI ISOLATI A DOMICILIO.
PROCEDURA INTERDISCIPLINARE E ATTIVITÀ DELLE USCA

REV	DATA	REDATTO	VERIFICATO
0	19/03/2020	Rischio Clinico	Dipartimento di Prevenzione
1	09/12/2020	CMT	Distretto Unico
2	08/04/2021	CMT	Igiene Pubblica

1.INDICAZIONI OPERATIVE

La presente procedura per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2, si riferisce alla gestione di soggetti asintomatici o sintomatici posti in isolamento presso il proprio domicilio attuando misure precauzionali atte sia ad evitare la trasmissione del virus ad altre persone che ad attuare un management clinico-assistenziale.

Tale procedura integra le precedenti procedure specifiche e quelle correlate, in parte riprese e riviste.

Il paziente risultato positivo al tampone orofaringeo può essere gestito al domicilio quando le condizioni cliniche sono gestibili in ambiente domestico riconoscendo quattro diversi contesti clinici:

1. Pazienti posti in quarantena che sviluppano nel corso della sorveglianza sintomi respiratori e successivo tampone positivo;
2. Pazienti asintomatici con tampone positivo che deve essere posto in isolamento fino a negativizzazione del test;
3. Pazienti paucisintomatici con tampone positivo che deve essere posto in isolamento fino a negativizzazione del test (da eseguire dopo dieci giorni dalla positivizzazione) e fino ad almeno 3 giorni dalla scomparsa dei sintomi;
4. Pazienti sintomatici lievi con saturazione > a 90 % (>92% o a 90 % se broncopatico) e senza compromissione d'organo con tampone positivo che deve essere posto in isolamento fino a negativizzazione del test (da eseguire dopo dieci giorni dalla positivizzazione) e fino ad almeno 3 giorni dalla scomparsa dei sintomi;
5. Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale cl clinicamente guariti, ancora COVID-19 positivi in isolamento fino a negativizzazione del test (o a 21 gg dalla positivizzazione) e scomparsa dei sintomi.

STATO GIURIDICO ED INCARICO

Con riferimento ai dispositivi normativi regionali, per l'ASP di Crotona sono previsti sette medici e 4 infermieri che operano sulle Aree Sanitarie di Crotona, Mesoraca e Cirò Marina. Per particolari esigenze di servizio, ed in via temporanea, le USCA possono operare anche congiuntamente.

L'USCA afferisce al Distretto Unico Aziendale.

In relazione alla necessità di assistenza clinica e monitoraggio sanitario può essere integrato altro personale di supporto.

L'USCA dovrà essere attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 fino a decisioni ministeriali che ne determinino l'opportuna cessazione.

ATTIVAZIONE DEL MEDICO USCA

Il medico dell'USCA viene attivato direttamente dal medico di medicina generale, dal medico di continuità assistenziale o dal pediatra di libera scelta, a seguito del triage telefonico per i pazienti con sintomatologia Influenza like Illness (ILI) e Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) o sospetti di COVID-19. Può essere attivato anche dal personale medico della Sorveglianza Epidemiologica solo quando è assente o non reperibile il medico curante/PLS. Può essere attivato anche dal Rischio Clinico in urgenza in caso di gestione di focolai/clusters in comunità. Il medico dell'USCA potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare

per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento. Spetterà al medico dell'USCA decidere, in base alle richieste ricevute, con quali priorità effettuare le prestazioni.

Ad ogni modo i richiedenti devono redigere richiesta su specifico modulo.

COMPITI DEL MEDICO USCA

Le USCA si occupano della gestione domiciliare dei pazienti affetti/sospetti/sintomatici/paucisintomatici/in isolamento a causa del Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, con due obiettivi principali: rendere possibile ai pazienti Covid-19 di godere della necessaria assistenza specifica extraospedaliera presso il domicilio, e alleggerire la domanda e il ricorso al ricovero ospedaliero oltre che ridurre il carico assistenziale ai medici curanti nella gestione dei pazienti Covid-19.

Il medico dell'USCA lavora sempre di concerto con medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che dovranno essere informati delle prestazioni domiciliari quotidianamente effettuate.

Al termine di ogni visita, il medico dell'USCA dovrà redigere apposito referto da inoltrare al MMG e PLS contenente l'esito dell'intervento effettuato. Non rientra fra i compiti del medico USCA alcun atto certificativo che rimane nelle competenze del MMG e PLS.

Il medico dell'USCA, sulla base al quadro clinico del paziente, dispone la permanenza al domicilio del paziente con supporto terapeutico o il ricovero in struttura ospedaliera sia in caso di necessità di approfondimento diagnostico che di condizioni cliniche critiche attivando per il trasporto il servizio 118.

COORDINAMENTO E ATTIVITÀ LOGISTICHE

Le Aziende forniscono alle USCA un'auto medica con attrezzatura diagnostica. Dovrà essere garantita, inoltre, la sanificazione accurata dell'auto medica con opportuni disinfettanti dopo ogni intervento. I medici dell'USCA, per lo svolgimento delle specifiche attività, devono essere dotati di ricettario del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà essere utilizzato esclusivamente per la gestione, in acuto, dei pazienti da trattare.

Un eventuale modifica della terapia cronica deve essere concordata con il medico curante e proposta con scheda di riconciliazione farmacologica.

Per facilitare l'operatività e l'ottimale efficientamento delle USCA è prevista una attività di coordinamento da parte di un medico distrettuale.

Il medico coordinatore svolge le seguenti funzioni:

- Distribuzione dei casi e condivisione delle priorità
- supporto scientifico, aggiornamento professionale e verifica delle procedure/protocolli di intervento o delle direttive AIFA.
- verifica dei fabbisogni del personale e turnazione
- rapporti di collegamento tra medici curanti, ospedale, USCA, SUEM_118 e distretto.

2. CRITERI DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

I pazienti selezionati per l'assistenza domiciliare devono essere già stati sottoposti a triage al primo punto di contatto con il sistema sanitario (118, Pronto Soccorso, medicina generale, etc.) che ha già fornito indicazioni cliniche in base alla gravità della malattia.

Per coloro che presentano una malattia lieve, il ricovero ospedaliero potrebbe non essere necessario, a meno che non vi sia preoccupazione per un rapido deterioramento. I sintomi lievi comprendono febbre a basso grado, tosse, malessere, rinorrea o mal di gola senza segni di

impegno respiratorio, sintomi gastrointestinali, come nausea, vomito e/o diarrea, e senza cambiamenti dello stato mentale, come confusione o letargia.

Se la malattia è solo lieve è prevista l'assistenza a domicilio. Altri pazienti che possono essere curati a domicilio sono quelli sintomatici ma che non richiedono più il ricovero ospedaliero e i casi in cui è stata presa una decisione consapevole di rifiutare il ricovero; in quest'ultimo caso deve essere già stata attivata la procedura di autodeterminazione con validazione medico-legale. L'assistenza domiciliare può essere presa in considerazione anche quando le cure ospedaliere non sono disponibili o non sono sicure (ad esempio, la capacità è limitata e le risorse non sono in grado di soddisfare la domanda di servizi sanitari).

In una di queste situazioni, i pazienti con sintomi lievi e senza condizioni croniche sottostanti - come malattie polmonari o cardiache, insufficienza renale o condizioni immunocompromesse che pongono il paziente ad un rischio maggiore di sviluppare complicazioni - possono essere curati a domicilio. Questa decisione richiede un attento giudizio clinico e comporta un piano condiviso e ben informato con il paziente.

Nei casi in cui l'assistenza deve essere prestata a domicilio, un operatore sanitario addestrato deve condurre una valutazione per verificare se l'ambiente residenziale è adatto a fornire assistenza; il personale sanitario deve valutare se il paziente e la famiglia sono in grado di rispettare le precauzioni che saranno raccomandate come parte dell'isolamento dell'assistenza domiciliare (ad esempio, igiene delle mani, igiene respiratoria, pulizia dell'ambiente, limitazioni agli spostamenti in casa o fuori casa) e può affrontare i problemi di sicurezza (ad esempio, l'ingestione accidentale e i rischi di incendio associati all'uso di sfregamenti delle mani a base di alcol).

Un collegamento di comunicazione con un operatore sanitario o con il personale di sanità pubblica, o entrambi, dovrebbe essere stabilito per tutta la durata del periodo di assistenza domiciliare, cioè fino a quando i sintomi del paziente non si siano completamente risolti.

3. ATTIVITÀ INTERDISCIPLINARE PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'operatore di sanità pubblica:

- ✓ informa la persona circa i sintomi, le caratteristiche di contagiosità, le modalità di trasmissione della malattia, le misure da attuare per proteggere gli eventuali conviventi in caso di comparsa di sintomi;
- ✓ informa il medico di medicina generale (MMG)/pediatra di libera scelta (PLS).

I compiti dell'USCA comprendono:

- ✓ informare l'interessato sulle misure da adottare nell'isolamento
- ✓ procedere ad osservazione clinica, assistenza e a monitoraggio dei soggetti che necessitano di trattamento domiciliare;
- ✓ redigere cartella assistenziale per ogni singolo paziente includendo la scheda anamnestica del MMG;
- ✓ richiedere l'intervento del SUEM_118 per i trasferimenti verso il Presidio Ospedaliero nel caso di urgenze indifferibili o di sussistenza dei requisiti di ammissione al ricovero (cfr allegato);
- ✓ accogliere e assistere i pazienti dimessi dall'ospedale che necessitano di cure domiciliari;
- ✓ Predisporre la scheda Aifa per la eleggibilità dei pazienti da sottoporre a terapia con anticorpi monoclonali (cfr allegato);
- ✓ provvedere al monitoraggio clinico dopo la somministrazione della terapia con anticorpi monoclonali concordando con il MMG modalità di osservazione/registrazione;
- ✓ provvedere alla segnalazione di incident reporting, di farmacovigilanza e di altre avversità.

I compiti del MMG comprendono:

- ✓ informare l'interessato sulle misure da adottare nell'isolamento domiciliare insieme all'operatore di sanità pubblica
- ✓ procedere ad osservazione clinica e a monitoraggio dei soggetti asintomatici e negativi al tampone già sottoposti a isolamento fiduciario;
- ✓ richiedere l'intervento dell'USCA solo nei casi che necessitano di intervento precisando gli indicatori di priorità;
- ✓ Predisporre scheda anamnestica da consegnare all'USCA;
- ✓ Predisporre la scheda AIFA per la eleggibilità dei pazienti da sottoporre a terapia con anticorpi monoclonali (cfr allegato);
- ✓ Unitamente all'USCA concorrere al monitoraggio clinico dopo la somministrazione della terapia con anticorpi monoclonali.
- ✓ provvedere alla segnalazione di incident reporting, di farmacovigilanza e di altre avversità.

I compiti de Distretto sono:

- ✓ Predisporre scheda di esigibilità su modello del medico curante completando la scheda con un questionario clinico;
- ✓ informare la persona circa le modalità di gestione e procedure operative ed assistenziali predisponendo cartella clinica-assistenziale e relativo consenso informato;
- ✓ attivare l'USCA e fornire supporto, quando richiesto, con specialista ambulatoriale (preferibilmente infettivologo, pneumologo o internista) anche in base alle esigenze cliniche;
- ✓ attivare il servizio di assistenza sociale quando richiesto.
- ✓ illustrare le modalità di sistemare i rifiuti speciali;
- ✓ informare la persona circa le procedure di automonitoraggio.
- ✓ Richiedere l'intervento di Igiene e Sanità Pubblica per la sanificazione di ambienti e locali.
- ✓ Garantire l'invio delle segnalazioni al Dipartimento di Prevenzione circa i cambiamenti di stato (miglioramento, peggioramento, approfondimenti diagnostici, richiesta di tampone) ovvero la richiesta di attestazione di fine trattamento.
- ✓ Trasmettere al Sindaco di residenza e al Dipartimento di Prevenzione il Piano di Terapia, limitato alle date di accesso, per i pazienti quarantenati a domicilio;
- ✓ Raccolta, tenuta e conservazione delle cartelle cliniche in apposito locale.
- ✓ Incontri periodici con gli interessati per definire procedure, discutere di casi o di criticità;
- ✓ provvedere alla segnalazione di incident reporting, di farmacovigilanza e di altre avversità.
- ✓ Feedback con il medico curante.

4. PRATICHE RACCOMANDATE PER L'ASSISTENZA SANITARIA DELLE PERSONE IN ISOLAMENTO DA PARTE DI OPERATORI SANITARI

- Gli operatori sanitari che prestano cure dirette al soggetto in isolamento (esempio: esame fisico) devono indossare camice monouso, mascherina chirurgica, protezione oculare e guanti, e dopo l'eliminazione delle protezioni, effettuare accurata igiene delle mani con soluzione idroalcolica o con acqua e sapone se non disponibile o se le mani sono visibilmente sporche.
- Mascherine e guanti non possono essere riutilizzati.
- Le indicazioni riguardo la igienizzazione delle superfici, la biancheria e i rifiuti sono gli stessi riportati per l'assistenza ai casi.

Si sottolinea l'opportunità di adeguata formazione degli operatori sanitari e, nel caso si rendesse necessaria l'effettuazione di manovre invasive/avanzate, si raccomanda l'esecuzione delle stesse da parte di specifiche squadre adeguatamente addestrate.

Si suggerisce anche, ove possibile, di effettuare, tramite le schede di incident reporting adottate dalle organizzazioni sanitarie, la eventuale segnalazione di accadimenti correlati alla

sicurezza dei pazienti (ad es. difformità rispetto alle appropriate indicazioni delle istituzioni ministeriali/regionali e alle relative procedure aziendali), al fine di promuovere azioni correttive e di miglioramento.

Si raccomanda di elaborare le procedure operative secondo il principio di condivisione e le modalità previste nel capitolato aziendale e che comunque dovranno essere inoltrate al Rischio Clinico.



**RICHIESTA ASSISTENZA SANITARIA
DEL SOGGETTO ISOLATO A DOMICILIO**

RICHIEDENTE:

Presidio Ospedaliero Distretto Unico Medico Curante Dipartimento di Prevenzione
Rischio clinico _____

Nominativo: _____
Residenza: _____ telefono: _____
Medico Curante: _____ telefono: _____
Altri contatti: _____ telefono: _____
Data tampone: _____ Data Isolamento: _____ data ricovero: _____

Assistenza per:

- Paziente asintomatico;
- Paziente paucisintomatico;
- Paziente sintomatico lieve senza compromissione d'organo;
- Paziente dimesso ancora COVID-19 positivo.

Sintomi attuali:

Fattori di rischio: _____

Devices necessari: _____

Fabbisogni clinici e/o terapeutici: _____

Data _____ Firma del Medico Proponente _____

SPAZIO RISERVATO AL DISTRETTO

Indagine psicosociale:

1	inadeguatezza strutturale del domicilio (1 punto)	
2	solitudine del malato (1 punto)	
3	incapacità della famiglia ad un'assistenza continua (1 punto)	
4	dolore non controllato (2 punti)	
5	Disturbi respiratori (3 punti)	
6	Preesistente morbose fino a 2 problemi: 3 punti - tra 3 e 5 problemi:4 punti problemi:5 punti	
7	Indice di Karnofsky: da 100 a 80=0; da 50 a 70 = 2; da 0 a 40 = 4	
Alta eligibilità: 0-6 Media eligibilità: 7-12 bassa eligibilità: 13-17		totale

Data di compilazione:

firma compilatore:

Motivo ostativo

Abitazione inadeguata	
Esigenze cliniche particolari	
Assenza del care-giver	
Problema psicosociale (sofferenza psicoesistenziale)	
Necessità di accessi diagnostici continui	
Altri motivi non clinici	

ASSISTENZA SANITARIA AUTORIZZATA

NON AUTORIZZATA

DATA e ORA

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Early warning score for 2019-nCoV Infected Patients

PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Age				<65			≥65
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Consciousness				Alert			Drowsiness Lethargy Coma Confusion
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	

Early warning rules for 2019-nCoV Infected Patients

Score	Risk Grading	Warning Level	Monitoring Frequency	Clinical Response	Solution
0	/		Q12h	Routine Monitoring	/
1 - 4	Low	Yellow	Q6h	Bedside evaluation by nurse	Maintain existing monitoring/ Increase monitoring frequency/ Inform doctor
5 - 6 or 3 in one parameter	Medium	Orange	Q1-2h	Bedside nurse notifies doctor for evaluation	Maintain existing treatment/ Adjust treatment plan/ CCRRT* remote consultation
≥7	High	Red	Continuous	Bedside nurse notifies doctor for emergency bedside evaluation/ CCRRT remote consultation	CCRRT on-site consultation
≥7	High	Black	Continuous	✓ Patients are extremely severe with irreversible end-stage diseases facing death, such as serious irreversible brain injury, irreversible multiple organ failure, end-stage chronic liver or lung disease, metastatic tumors, etc. ✓ Should be discussed urgently by the expert group about the admission decision.	

Fig. 1 Early warning score and rules for 2019-nCoV infected patients. *CCRRT: Critical Care Rapid Response Team

Classificazione pazienti e Setting

Livello 1 Paziente con sintomi quali febbre, tosse, mal di gola, congestione nasale, malessere, mal di testa, dolore muscolare, non segni di disidratazione, non segni di polmonite, no sepsi o dispnea, no ipossia da EGA (SpO2 >94% aria ambiente), Rx torace standard negativo. Il paziente è dimissibile a meno della presenza di co-morbidità che possano essere associate al passaggio ad un livello di gravità superiore o che necessitino di trattamento specifico in regime di ricovero. Per i pazienti dimissibili stabilire collegamento con Unità Speciali di Continuità Assistenziale e di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia. Per i pazienti dimissibili potrebbe non essere opportuno il tampone in PS.

Criteria di ammissibilità e dimissibilità per i pazienti covid

Premessa operativa

Il decongestionamento del Pronto soccorso ed una migliore razionalizzazione delle risorse in termini di sicurezza clinica ed efficientamento dell'intero sistema prevede l'effettuazione di un test molecolare rapido per l'individuazione precoce e attiva di infezioni da SARS-CoV-2. Il test dovrebbe essere effettuato in modo sistematico a tutti i pazienti con elevato indice di sospetto clinico.

Tale test dovrebbe essere effettuato anche nelle seguenti evenienze cliniche:

1. travaglio attivo
2. taglio cesareo urgente/emergente
3. intervento chirurgico in emergenza
4. trauma maggiore
5. paziente vittima di violenza
6. paziente psichiatrico in attesa di TSO/Ricovero in SPDC
7. sovraffollamento Pronto Soccorso in caso che la "zona sporca", dedicata ai sospetti Covid, sia completamente occupata.

Aree ospedaliere destinate alla gestione clinico-assistenziale

Area di pretriage in pronto soccorso

Area covid ad alta intensità di cura (locali della cardiologia)

Area covid ad intensità intermedia (locali della ex neurologia o in aggiunta della UO di Malattie infettive)

Area covid a bassa intensità di cura (ospedale da campo)

Area di OBI-Covid

Sala operatoria dedicata

TAC dedicata.

In nessun caso è consentito il transito nelle altre aree ospedaliere di pazienti positivi o clinicamente attivi se non per casi di stato di necessità.

Criteria di triage orientativo

Considerata la fase di emergenza e la necessità di individuare con rapidità ed adeguatezza le migliori scelte operative e cliniche è utile adottare EWS/NEWS2 (Early Warning Score) per monitoraggio deterioramento clinico adottato al fine di facilitare ed orientare i processi decisionali. È indicata una contestualizzazione dello scoring secondo le necessità locali. Può essere adottato in Pronto Soccorso ed in degenza.

Livello 2 Paziente con febbre, addensamenti polmonari a RX torace oppure insufficienza respiratoria con P/F > 200 e/o FR 25-30 atti/minuto. Il paziente non necessita di supporto ventilatorio, può necessitare di O2 terapia ad alto flusso in genere < 15 lt/min. Paziente non dimissibile, da ricoverare in degenza ordinaria COVID con Ossigenoterapia e stretto monitoraggio, in particolare della risposta all'ossigenoterapia. Ricovero in Area Covid ad intensità intermedia

Livello 3 Paziente con febbre e/o FR > 30 atti/min , all'EGA P/F 100-200, e/o addensamenti polmonari multipli a RX torace. In base al profilo di rischio valutare se il paziente va ricoverato in degenza ordinaria COVID o in subintensiva per ossigenoterapia ad alti flusso o ventilazione meccanica non invasiva (in spazi con caratteristiche strutturali e con interfacce che possano garantire la sicurezza degli operatori ed il monitoraggio del paziente). Stretto monitoraggio per eventuale trattamento in ambiente COVID intensivo. Ricovero in Area Covid ad alta intensità

Livello 4 Paziente con insufficienza respiratoria grave o quadri da Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS), P/F, alta probabilità di supporto invasivo e gestione in area COVID intensiva. Trasferimento in terapia intensiva HUB

Ogni fase deve essere documentata in una scheda allegata alla cartella clinica che giustifica il ricovero o il trasferimento da una area ad un'altra.

I processi di gestione contemplano l'elaborazione di varie procedure, anche ad interim, che devono essere verificate e condivise.

AREA OBI-COVID

L'accesso in ospedale è garantito ai soggetti vulnerabili con tampone positivo, asintomatici o paucisintomatici, che necessitano di cure essenziali o salvavita, in urgenza o comunque limitata indifferibilità.

Per questo motivo è prevista una area OBI, quale estensione operativa del Pronto Soccorso, all'interno della quale sono previste le seguenti attività:

- emotrasfusioni;
- emodialisi;
- terapia oncologica;
- terapia del dolore;
- trattamenti per riacutizzazioni di malattie croniche;
- percorso nascita;
- pazienti emorragici stabili o altri di interesse gastroenterologico;
- altre condizioni necessitanti di cure essenziali indifferibili.

I processi di gestione contemplano l'elaborazione di varie procedure, anche ad interim, che devono essere verificate e condivise

Criteri di dimissione

Fermi restando i criteri di passaggio da un livello di gravità ad un altro, il percorso ottimale è giungere ad una rapida de-escalation di setting ospedaliero fino al trasferimento all'area a bassa intensità o meglio ancora direttamente al domicilio.

In aggiunta ai normali criteri di dimissibilità occorre effettuare il tampone molecolare dopo tre giorni dalla scomparsa di sintomatologia (Apiressia, Saturazione $\geq 94\%$ e $\geq 90\%$ per i cronici in aria ambiente, P/F in aria ambiente >300 da almeno 48 ore – FR).

I pazienti che completano il percorso in area critica possono avere tre destinazioni:

1. paziente che permane positivo SARS-COV 2 e che è in fase di stabilizzazione clinica:

- ✓ trasferimento in area Covid ad intensità intermedia o bassa;
- ✓ Trasferimento al domicilio con presa in carico Usca se non necessita di cure ospedaliere

2. paziente negativizzato che ha ancora bisogno di assistenza medica

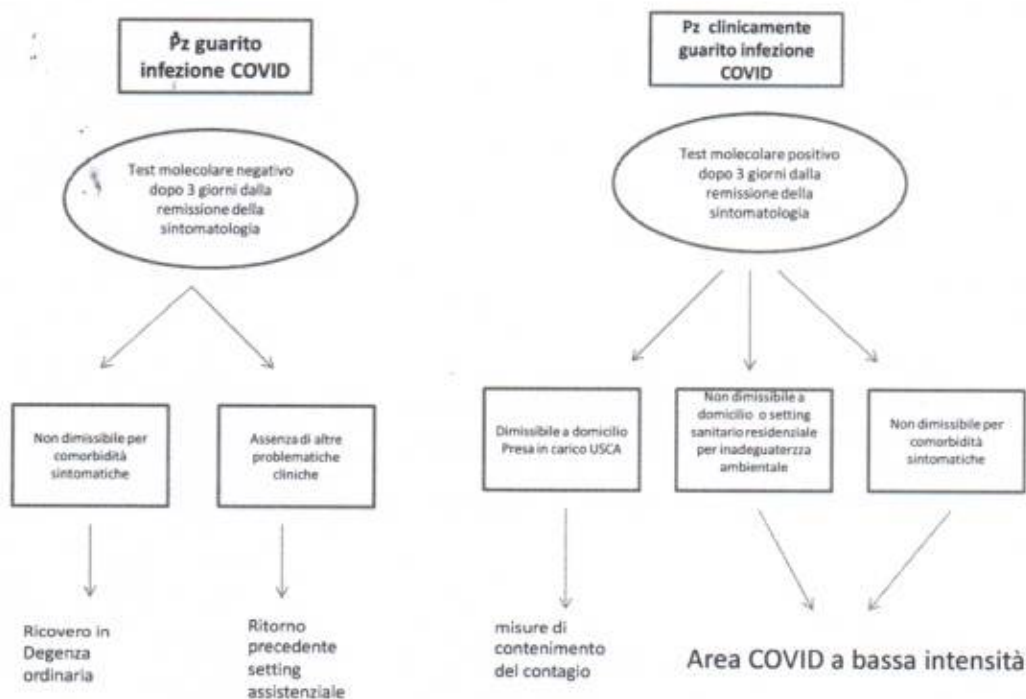
- ✓ trasferimento in reparto non Covid in area protetta
- ✓ Trasferimento al domicilio con presa in carico Usca se non necessita di cure ospedaliere

3. paziente che ha bisogno di assistenza respiratoria prolungata

- ✓ riabilitazione respiratoria COVID se positivo
- ✓ riabilitazione respiratoria no COVID se negativo

L'algorithmo sinottico è rappresentato nella figura che segue.

DIMISSIONE DEI PAZIENTI COVID POSITIVI



Scheda di eleggibilità paziente

Nome: _____ Telefono: _____
 Cognome: _____ E-mail: _____

Scheda Registrazione paziente

Età (> 12 anni) _____
 Genere F M

Scheda Eleggibilità e Dati Clinici

Positività tramite test molecolare o test antigenico di terza generazione per SARS-CoV-2 Sì No
 Data del test _____
 Data esordio dei sintomi da COVID-19 _____
 Sintomi da COVID-19 di grado lieve-moderato? Sì No
 Selezionare almeno uno di questi sintomi da COVID-19
 Febbre
 Tosse
 Ageusia/disgeusia
 Anosmia
 Faringodinia
 Astenia
 Cefalea
 Mialgie
 Sintomi gastrointestinali
 Dispnea
 Tachipnea
 Il paziente necessita di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità non correlate al COVID-19 Sì No
 Se SI alla domanda sopra, ha avuto bisogno di un incremento di ossigeno a seguito dell'insorgenza del COVID-19 Sì No
 Paziente in ossigenoterapia e/o soggetto a procedure di ventilazione meccanica per condizione correlata al COVID-19 Sì No

Se età <18 anni, compilare il campo sottostante

Presenza di almeno una delle seguenti comorbidità
 BMI \geq 85° percentile per età e genere
 soggetto cronicamente sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi
 diabete mellito non controllato (HbA1c \geq 9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
 immunodeficienza primitiva
 immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologico in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
 anemia falciforme
 malattia cardiaca congenita o acquisita
 malattia del neurosviluppo
 dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetto con tracheotomia, gastrostomia, etc.)
 asma o altra malattia respiratoria che richiede medicazioni giornaliere per il suo controllo

Se età \geq 18 anni, compilare il campo sottostante

Presenza di almeno una delle seguenti comorbidità (selezione multipla)
 BMI \geq 85° percentile per età e genere
 soggetto cronicamente sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi
 diabete mellito non controllato (HbA1c \geq 9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
 immunodeficienza primitiva
 immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologico in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
 malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione arteriosa con danno d'organo)
 BPCO e/o altra malattia respiratoria cronica (fibrosi polmonare o paziente che necessita di O₂ terapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2)