



Data compilazione \_\_/\_\_/202\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale:

Età \_\_\_\_\_ Data Nascita  Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di residenza: \_\_\_\_\_ Data Positività:

Data inizio sintomi:  Vaccinazione: :  Si  No Peso \_\_\_\_\_

Tipo vaccino: \_\_\_\_\_ Numero di dosi : \_\_\_\_\_ Data Ultima dose

O2 terapia? :  Si  No sO2 AA: \_\_\_\_\_ Sierologia SARS-CoV-2: \_\_\_\_\_

Se pz in O2 terapia: Domiciliare ?  Si  No Correlata al Covid??  Si  No

Peggioramento ossigenoterapia domiciliare?  Si  No Polmonite alla TC:  Si  No

Ricoverato per COVID?  Si  No Disfagia?  Si  No ALT: \_\_\_\_\_ eGFR: \_\_\_\_\_

Terapie in corso : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informativa: E' stata consegnata l'informativa AIFA al paziente/tutore legale?:  Si  No

**Patologie**

BMI >30:  Si  No IRC:  Si  No Dialisi:  Si  No Immunodeficit:  Si  No

Diabete scompensato/complicanze croniche:  Si  No Epatopatia Cronica:  Si  No

Patologia respiratoria cronica:  Si  No Patologia Oncologica/Oncoematologica attiva:  Si  No

Patologie neurosviluppo/neurodegenerative  Si  No Emoglobinopatie:  Si  No

Malattia Cardio/cerebro vascolare  Si  No Altro fattore di rischio \_\_\_\_\_

**Sintomatologia:**

Febbre:  Si  No Tosse:  Si  No Tachipnea:  Si  No Ageusia/anosmia:  Si  No

Faringodinia:  Si  No Congestione nasale  Si  No Astenia:  Si  No Cefalea:  Si  No

Mialgie:  Si  No Brividi:  Si  No Sdr. Gastrointestinali:  Si  No Dispnea:  Si  No

Possibile gravidanza:  Si  No Trattamento con altri antivirali?  Si  No

Numero telefono del paziente: \_\_\_\_\_ Medico compilatore: \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Recapito telefonico Medico \_\_\_\_\_

**N.B.: Compilare tutti i campi ed inviare alla seguente email: [malattie.infettive@aouss.it](mailto:malattie.infettive@aouss.it)**