UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE, CHIRURGICHE E SPERIMENTALI
S.C. CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

AOUSassari

DIRETTORE: Prof. Sergio Babudieri

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