

Atto n. G09955 del 22/07/2021

Richiesta Anticorpi Monoclonali/Terapia antivirale per prevenire forma grave di COVID-19+

modificato da Ospedale Santa Maria Goretti – Latina

Inviare il presente modulo all'indirizzo email: **monoclonalicovidlatina@gmail.com**

In caso di urgenza chiamare il centralino 07736551 e
chiedere di parlare con l'Infettivologo di guardia

Cognome Nome: _____ Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____ Autonomia nel trasporto: SI ☐ NO ☐

Telefono (IMP.) _____ Età _____ Altezza _____ Peso _____

Stato Clinico attuale:

Saturazione: _____ Sintomi _____ Data inizio sintomi _____ (MAX:7 gg*)

Vaccino: ☐ NO ☐ Sì, quale _____ Dosi ☐ una ☐ due ☐ terza Data ultima dose: _____

Tipo tampone: ☐ Molecolare ☐ Antigenico di III generazione

Data di esecuzione _____

Fattori di rischio che pongono indicazione all'uso di monoclonali/antivirali:

1. Età > 65 anni
2. Indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) ≥ 30 , oppure >95° percentile per età e per genere
3. Insufficienza renale cronica, incluse dialisi peritoneale o emodialisi
4. Diabete mellito non controllato (HbA1c > 9,0% 75 mmol/L) o con complicanze croniche
5. Immunodeficienza primitiva o secondaria (comprese patologie neoplastiche, leucemia o linfoma, mieloma, patologie autoimmuni, HIV+/AIDS, malnutrizione, terapie farmacologiche, radioterapia/chemioterapia, farmaci immunosoppressivi)*
6. Malattia cardio-cerebrovascolare (specificare:.....)
7. 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- CoV-2)
8. Epatopatia cronica
9. Patologie del neurosviluppo e patologie neurodegenerative
10. Emoglobinopatie
11. Gravidanza

FARMACI CONCOMITANTI: _____

*Nei soggetti con immunodeficienza (che possono andare incontro ad una prolungata positività al tampone molecolare) è possibile eseguire il trattamento anche se l'insorgenza dei sintomi è maggiore di 10 giorni ma è necessario che abbiano un referto che attesti la negatività al test sierologico per SARS-CoV2 .

Medico richiedente ☐ MMG ☐ USCAR ☐ Altro

Data

Timbro e Firma

