

COVID-19+ Anticorpi Monoclonali - MMG/USCAR

Assistito _____ Luogo e Data di nascita _____

Codice Fiscale _____ ASL appartenenza _____

Residenza: _____ Altezza: _____ Peso: _____ Recapito telefonico: _____

Sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza (e comunque da non oltre 10 giorni)

Data inizio sintomi:

Sintomi:

Ha effettuato vaccinazione contro il Sars-Cov2? Con quale vaccino?

Data dell'ultimo Tampone Molecolare /Antigenico III generazione _____ Esito Positivo

1. età 12-17 anni con:

- BMI \geq 85° percentile per età e genere
- Anemia falciforme
- Malattie cardiache congenite o acquisite
- Malattia del neurosviluppo
- Dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetti con tracheotomia, gastrostomia, etc)
- Asma, o altre malattie respiratorie che richiedono medicazioni giornaliere per il loro controllo.

2. età \geq 18 anni con

- indice di massa corporea (BMI) \geq 35
- malattia renale cronica in dialisi peritoneale o emodialisi
- diabete non controllato (Hba1c \geq 9%) o con complicanze croniche
- immunodeficienze primitive
- immunodeficienza secondaria
- malattie cardio-cerebrovascolari (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo) **con età \geq 55 anni**
- broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e/o altre malattie respiratori croniche **con età \geq 55 anni**

Si invia il Paziente al Centro per somministrazione monoclonali anti-SARS-CoV-2

MMG

USCAR

Medico richiedente _____ Data _____

Numero tel mmg o altro medico: _____

Timbro e Firma _____