



Scheda di pre-arruolamento da inviare al centro specialistico autorizzato alla prescrizione di Paxlovid per il trattamento di pazienti affetti da Covid-19

Proponente al trattamento:

MMG ___ Med. USCA ___ Med. OSPEDALIERO ___ Altro (Specificare) ___

Cognome paziente:		
Nome paziente:		
Luogo e data di nascita (età ≥ 18 anni):		
Genere (M/F):	Codice Fiscale:	
Peso:		
Recapito telefonico del paziente o del caregiver:		
Nome e cognome del medico proponente:		
Recapito telefonico del medico proponente:		
Positività al Test Molecolare o al Test Antigenico Rapido per Sars-Cov-2	Si	No (NON eleggibile)
Data del test	_/_/___	
Data di esordio dei sintomi da Covid-19 (il paziente è eleggibile al trattamento se sono passati meno di 5 giorni dall'esordio della malattia)	_/_/___	
Paziente già sottoposto a vaccinazione per Sars-Cov-2	Si	No
Se alla domanda sopra riportata la risposta è sì, indicare il vaccino utilizzato	Comirnaty (Pfizer)	
	Moderna	
	Astra-zeneca	
	Johnson&Johnson	
Numero di dosi effettuate	Altro (specificare)	
Indicare la data di somministrazione dell'ultima dose		
Saturazione O2 (SpO2) In aria ambiente (indicare il valore richiesto Compreso tra 1 e 100)		
Il paziente necessita di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità NON correlate al Covid-19	Si	No
Se sì alla domanda sopra, ha avuto bisogno di un incremento di ossigeno a seguito dell'insorgenza di Covid-19	Si (NON eleggibile)	No
Paziente in ossigenoterapia per condizione correlata al Covid-19	Si (NON eleggibile)	No
Paziente ospedalizzato per Covid-19	Si (NON eleggibile)	No (paziente non ospedalizzato o spedalizzato non per Covid-19)
Grado di gravità dei sintomi da Covid-19	Lieve	
	Moderato	
	Grave/critico (NON eleggibile)	

Selezionare almeno uno di questi sintomi da Covid-19	Febbre	
	Tosse	
	Ageusia/disgeusia	
	Anosmia	
	Faringodinia	
	Astenia	
	Cefalea	
	Mialgie	
	Sintomi gastrointestinali	
	Dispnea	
	Brividi	
	Congestione nasale	
Il paziente presenta almeno uno fra questi fattori di rischio associati all'evoluzione in malattia grave	Obesità con indice di massa corporea (BMI) ≥ 30	
	Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva	
	Presenza di insufficienza renale cronica (esclusi Pazienti in dialisi o con EGFR $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$)	
	Il soggetto ha un diabete mellito non compensato	
	Il paziente ha un'immunodeficienza primaria o acquisita	
	Malattia cardiovascolare grave (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia)	
	Presenza di bronco pneumopatia grave	
Paziente in gravidanza	<p style="text-align: center;">Sì (NON eleggibile)</p>	<p style="text-align: center;">No</p>
Funzionalità epatica	Normale	
	Compromessa	
Se la funzionalità epatica è compromessa indicare il grado di compromissione epatica (<i>in caso di grave compromissione epatica il trattamento con Paxlovid non può essere effettuato</i>)	Lieve (Classe A di Child Pugh)	
	Moderata (Classe B di Child Pugh)	
	Grave (Classe C di Child Pugh) – (NON eleggibile)	
Paziente sottoposto a trattamento con altro antivirale per Covid-19	<p style="text-align: center;">Sì (NON eleggibile)</p>	<p style="text-align: center;">No</p>
<p>Non sono disponibili dati riguardo all'uso di Paxlovid nelle donne incinte che diano indicazioni sul rischio associato al medicinale di effetti avversi sullo sviluppo. Paxlovid non è raccomandato durante la gravidanza e nelle donne in età fertile che usano un metodo contraccettivo a meno che le condizioni cliniche rendano necessario il trattamento con Paxlovid. L'allattamento al seno deve essere interrotto e , come misura precauzionale, per 7 giorni dopo il completamento di Paxlovid.</p> <p><i>(In caso di paziente potenzialmente fertile, la donna accetta di evitare di iniziare una gravidanza durante il trattamento con Paxlovid e, come misura precauzionale, per 7 giorni dopo il completamento di Paxlovid?)</i></p>	<p style="text-align: center;">Sì</p>	<p style="text-align: center;">No (NON eleggibile)</p>
<p>L'uso di ritonavir può ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali combinati.</p> <p><i>(In caso di paziente potenzialmente fertile, la donna accetta di utilizzare un metodo contraccettivo alternativo efficace o un metodo contraccettivo di barriera aggiuntivo durante il trattamento con Paxlovid e fino ad un ciclo mestruale dopo aver interrotto Paxlovid?)</i></p>	<p style="text-align: center;">Sì</p>	<p style="text-align: center;">No (NON eleggibile)</p>

Luogo e data,

Timbro e firma del Medico Proponente
