

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

**Scheda di pre-arruolamento da inviare al centro specialistico autorizzato alla prescrizione di antivirali orali 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	
	Altro (specificare)	
Numero di dosi effettuate		
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 <b>NON</b> 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 ( <b>NON</b> 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) $\geq 30$
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	Si ( <b>NON</b> eleggibile)	No
Funzionalità epatica	Normale	
	Compromessa	
Se la funzionalità epatica è compromessa indicare il grado di compromissione epatica (NB: vi è un'esperienza limitata sull'uso di <b>molnupiravir</b> in soggetti con qualsiasi grado di compromissione epatica)	Lieve (Classe A di Child Pugh)	
	Moderata (Classe B di Child Pugh)	
	Grave (Classe C di Child Pugh)	
Paziente sottoposto a trattamento con altro antivirale per Covid-19	Si ( <b>NON</b> eleggibile)	No
Al fine di minimizzare il rischio di tossicità riproduttiva e non essendo note eventuali interazioni di <b>molnupiravir</b> con i contraccettivi orali è necessario garantire appropriate modalità contraccettive. (Il/la paziente accetta di utilizzare metodi contraccettivi efficaci che includano necessariamente metodi contraccettivi di barriera, per l'intera durata del trattamento, senza interruzione (in caso di paziente uomo partner di una donna potenzialmente fertile per almeno 3 mesi dopo la fine del trattamento e in caso di paziente donna potenzialmente fertile per almeno 4 giorni dopo la fine del trattamento?))	Si	No ( <b>NON</b> eleggibile)
È stato consegnato il modulo informativo al paziente?	Si	No ( <b>NON</b> eleggibile)

Luogo e data,

Timbro e firma del Medico Proponente

---