

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 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):		
ASP di Residenza del paziente:		
Genere (M/F):		Codice Fiscale:
Peso:		
Recapito telefonico del paziente o del caregiver:		
E-mail 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 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	Sì (NON eleggibile)	No (paziente non ospedalizzato o ospedalizzato 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	Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva Insufficienza renale cronica (esclusi pazienti in dialisi o con EGFR <30ml/min/1,73m ²) 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) Immunodeficienza primaria o acquisita Obesità con indice di massa corporea (BMI) ≥30 Malattia cardio-cerebrovascolare (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia, ipertensione con concomitante danno d'organo, ictus) Diabete mellito non compensato (HbA1c>9.0% 75 mmol/mol) o con complicanze croniche Età > 65 anni Epatopatia cronica Emoglobinopatie Patologie del neurosviluppo e patologie neurodegenerative	
Paziente in gravidanza	Sì (NON eleggibile)	No
Funzionalità epatica	Normale Compromessa	
Se la funzionalità epatica è compromessa indicare il grado di compromissione epatica (in caso di grave compromissione epatica il trattamento con Paxlovid non può essere effettuato)	Lieve (Classe A di Child Pugh) Moderata (Classe B di Child Pugh) Grave (Classe C di Child Pugh) – (NON eleggibile)	
Funzionalità Renale	Normale Compromessa	
Se la funzionalità renale è compromessa indicare il grado di compromissione renale (in caso di grave compromissione renale il trattamento con Paxlovid non può essere effettuato)	Lieve Moderata Grave – (NON eleggibile)	
Paziente sottoposto a trattamento con altro antivirale per Covid-19	Sì (NON eleggibile)	No
Non sono disponibili dati riguardo all'uso di Paxlovid nelle donne incinte che diano indicazioni sul rischio associato al medicinale di	Sì	No (NON eleggibile)

<p>effetti avversi sullo sviluppo. Paxlovid non è raccomandato durante la gravidanza e nelle donne in età fertile che NON usano un metodo contraccettivo a meno che le condizioni cliniche rendano necessario il trattamento con Paxlovid. L'allattamento al seno deve essere interrotto 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>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>	Si	No (NON eleggibile)
<p>In considerazione delle numerose interazioni farmacologiche associate a Paxlovid, si raccomanda di indagare adeguatamente l'anamnesi farmacologica e di fare riferimento all'RCP del farmaco (par. 4.3, 4.4, 4.5) e al sito disponibile al seguente link: https://www.covid19-druginteractions.org/.</p> <p>A tal proposito, riportare affianco le terapie farmacologiche assunte dal paziente.</p>		

Luogo e data,

Timbro e firma del Medico Proponente

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 molnupiravir (*Lagevrio*) 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):		
ASP di Residenza del paziente:		
Genere (M/F):		Codice Fiscale:
Peso:		
Recapito telefonico del paziente o del caregiver:		
E-mail 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 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 ospedalizzato 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	Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva	
	Insufficienza renale cronica (esclusi pazienti in dialisi o con EGFR <30ml/min/1,73m ²)	
	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)	
	Immunodeficienza primaria o acquisita	
	Obesità con indice di massa corporea (BMI) ≥30	
	Malattia cardio-cerebrovascolare (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia, ipertensione con concomitante danno d'organo, ictus)	
	Diabete mellito non compensato (HbA1c>9.0% 75 mmol/mol) o con complicanze croniche	
	Età > 65 anni	
	Epatopatia cronica	
	Emoglobinopatie	
Patologie del neurosviluppo e patologie neurodegenerative		
Paziente in gravidanza	Si (NON 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 molnupiravir 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 (NON eleggibile)	No
Al fine di minimizzare il rischio di tossicità riproduttiva e non essendo note eventuali interazioni di molnupiravir 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	Si	No (NON eleggibile)

<i>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?)</i>		
È stato consegnato il modulo informativo al paziente?	Si	No (NON eleggibile)

Luogo e data,

Timbro e firma del Medico Proponente
