

# Scheda di valutazione clinica Covid-19

ALEGATO 1 – Da compilare a cura del MMG, PLS, CA e Medici USCA

DATI DEL MEDICO				Data della valutazione ____/____/____ ora ____:____							
Dott./Dott.ssa			Cod. Regionale								
ASL		Comune									
Tel		Cell		Email							
MMG		PLS		Continuità Assistenziale							
<input type="checkbox"/> USCA in cui il medico opera (specificare):											
DATI DEL PAZIENTE											
Cogn.		Nome			C.F.						
Data di Nascita ____/____/____		Luogo di nascita			N° Conviv						
Indirizzo di residenza					N° civ.						
Comune di residenza				CAP		Prov.					
Domicilio (se diverso da residenza)											
Tel.		Cell		Email							
Interlocutore telefonico (se diverso dal paziente)											
VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA PER AFFEZIONE VIE RESPIRATORIE				Data prima valutazione ____/____/____							
Soggiorno in località a rischio		SI	NO	Non noto	Località		Data ____/____/____				
Esposizione a casi accertati (vivi o deceduti)				SI	NO	Data di esposizione ____/____/____					
Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio (casi probabili)				SI	NO	Data di esposizione ____/____/____					
Contatti con persone rientrate da paesi/località a rischio				SI	NO	Data di contatto ____/____/____					
Note generali											
VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE											
Visita medico/USCA		Tele/video Consulto		Mattina	Pomeriggio	Sera	Notte	Non definito			
Stai valutando un paziente sintomatico?				SI	NO	Data di comparsa dei sintomi ____/____/____					
E' stato possibile rilevare la temperatura corporea?				SI	NO	Magg o ugual a 37,5°C?		SI	No	°C	
Tosse		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dispnea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hai rilevato altri sintomi?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Anoressia		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Anoressia		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cefalea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Malessere generale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Emottisi		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anosmia		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Congiuntivite		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Episodi lipotimici/sincopali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Astenia		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolori miscolari (artro-mialgie)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vomito		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Augeusia/Disgeusia		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Altro:			

## Scheda di valutazione clinica Covid-19

ALEGATO 1 – Da compilare a cura del MMG, PLS, CA e Medici USCA

OSSERVAZIONI E SEGNI			
E' stato possibile osservare e/o raccogliere segni (stato di coscienza, cianosi periferica, stabilità e autosufficienza)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Hai rilevato coscienza alterata? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risponde alla voce	<input type="checkbox"/> Risponde al dolore <input type="checkbox"/> Non risponde
Ha difficoltà a respirare anche a riposo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ha segni di cianosi periferica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
È in grado di rimanere in piedi? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	È in grado di svolgere normali attività in casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
MONITORAGGIO DEI PARAMETRI			
E' stato possibile raccogliere informazioni relative alla rilevazione di alcuni parametri di monitoraggio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Il paziente è in grado di rilevare la frequenza respiratoria (numero di atti per minuto)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	apm		
Il paziente è in grado di rilevare la pressione arteriosa (mmHg)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sist (max)	Diast (min)	
Il paziente è in grado di rilevare la frequenza cardiaca (battiti per minuto)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	bpm		
Il paziente possiede un pulsossimetro per misurare la saturazione ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non rilevabile			
Saturazione a riposo (%)	Saturazione dopo cammino (%)		
Annotazioni e osservazioni aggiuntive della valutazione clinica			
CONDIZIONI DI RISCHIO   STATO VACCINALE – TERAPIA CRONICA - Note al Medico o apprese nel Tele/Video consulto			
Malattie polmonari <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gravidanza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Malattie cardiache <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Isol. sociale (vive solo e/o senza fissa dimora) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Malattie renali <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Malattie del sistema immunitario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Operatore sanitario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Malattie oncologiche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Altro		
Malattie metaboliche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Vaccinato per l'antiinfluenzale <input type="checkbox"/> Vaccinato per l'antipneumococco <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti vaccinazioni			
Terapia cronica			
Annotazioni e osservazioni aggiuntive di anamnesi			
PIANO ASSISTENZIALE   Prestazioni e terapia consigliata			
Tampone diagn. Covid-19 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> In attesa <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio	Data ___/___/___	
Rx-Torace <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Polm. interstiziale <input type="checkbox"/> In attesa <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio	Data ___/___/___	
Paracetamolo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Betalattamici <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FANS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Macrolidi <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Steroidi <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tetracicline <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Idrossiclorichina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Chinolonic. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altra terapia			

## Scheda di valutazione clinica Covid-19

ALEGATO 1 – Da compilare a cura del MMG, PLS, CA e Medici USCA

SCALA MEWS (Modified Early Warning Score)								
	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza respiratoria		< 9		9/14	15/20	21/29	>30	
Frequenza cardiaca		< 40	41/50	51 – 100	111/110	111/129	>130	
Press. Arteriosa Sistolica	< 70	71/100	81/100	101/199		>200	130	
Livello di Coscienza				Vigile	Risp. a voce	Risp. a dolore	Non risponde	
Temperatura corporea		< 35		35/38,4		> 38,5		
Comorbidità					Basso/Stabile: score 0 – 2 Medio/Intabile: score 3 – 4 Alto rischio/Critico: score 5			<b>Totale</b>
STATO FINALE DEL PAZIENTE IN QUESTA VALUTAZIONE CLINICA								
Non definito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Non rilevante		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Positivo al Covid-19, in isolamento domiciliare	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Deceduto		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Positivo al Codi.19, ricoverato	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Dimesso con necessità di cura		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Negativo al controllo per Covid-19	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Dimesso senza necessità di cura		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Altro stato influenzale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Contatto stretto o, in isolamento		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
MMG – PLS – CA   AZIONI AL TERMINE DI QUESTA VALUTAZIONE CLINICA   Solo per MMG – PLS - CA								
Sorveglianza clinica Covid-19 non necessaria							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Rivalutazione personale del MMG, PLS o Continuità Assistenziale					Data: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Attivazione dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Attivazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Segnalazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Chiusura della sorveglianza clinica Covid-19							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
USCA   AZIONI AL TERMINE DI QUESTA VALUTAZIONE CLINICA   Solo per Medici USCA								
Nuova visita programmata dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)					Data: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Attivazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Chiusura della sorveglianza clinica USCA con feedback al MMG – PLS del paziente							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
ANNOTAZIONI E OSSERVAZIONI FINALI DELLA VALUTAZIONE CLINICA								