|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI DEL MEDICO** | | | | | | | | | Data della valutazione / / ora : | | | | | | | | |
| Dott./Dott.ssa | | | | | | | | | | | | | | Cod. Regionale | | | |
| ASL | | Comune | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono | | Cellulare | | | | | Email | | | | | | | | | | |
|  Medico di Medicina Generale | | | | |  Pediatra di Libera Scelta | | | | | | | |  Continuità Assistenziale | | | | |
|  USCA in cui il medico opera (specificare): | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATI DEL PAZIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | | | Nome | | | | | | | | | C.F. | | | |
| Data di Nascita / / | | | | Luogo di nascita | | | | | | | | | | | | Conviventi | |
| Indirizzo di residenza | | | | | | | | | | | | | | | | Num. civ. | |
| Comune di residenza | | | | | | | | | | | | | | CAP | | Prov. | |
| Domicilio (se diverso da residenza) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono | | Cellulare | | | | | 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 del medico/USCA |  Tele/Video consulto | | | | |  Mattino  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 | | | | | | | | Maggiore o uguale a 37,5°C?  Si  No | | | | | | | | | °C |
| Tosse  Si  No | | | Dispnea  Si  No | | | | | | | | Hai rilevato altri sintomi?  Si  No | | | | | | |
| Mal di gola  Si  No  Cefalea  Si  No  Anosmia  Si  No  Diarrea  Si  No  Vomito  Si  No | | | Anoressia  Si  No Malessere generale  Si  No Congiuntivite  Si  No  Astenia  Si  No  Augeusia/Disgeusia  Si  No | | | | | | | | Anoressia  Si  No  Emottisi  Si  No  Episodi lipotimici/sincopali  Si  No Dolori miscolari (artro-mialgie)  Si  No Altro: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSSERVAZIONI E SEGNI** | | | | | | | | | | |
| E’ stato possibile osservare e/o raccogliere segni (stato di coscienza, cianosi periferica, stabilità e autosufficienza?  Si  No | | | | | | | | | | |
| Hai rilevato coscienza alterata?  Si  No | | | |  Vigile  Risponde alla voce  Risponde al dolore  Non risponde | | | | | | |
| Ha difficoltà a respirare anche a riposo?  Si  No | | | | | Ha segni di cianosi periferica?  Si  No | | | | | |
| È in grado di rimanere in piedi?  Si  No | | | | | È in grado di svolgere normali attività in casa?  Si  No | | | | | |
| **MONITORAGGIO DEI PARAMETRI** | | | | | | | | | | |
| E’ stato possibile raccogliere informazioni relative alla rilevazione di alcuni parametri di monitoraggio?  Si  No | | | | | | | | | | |
| Il paziente è in grado di rilevare la frequenza respiratoria (numero di atti per minuto)?  Si  No | | | | | | | | | | apm |
| Il paziente è in grado di rilevare la pressione arteriosa (mmHg)?  Si  No | | | | | | Sistolica (max) | | | Diastolica (min) | |
| Il paziente è in grado di rilevare la frequenza cardiaca (battiti per minuto)?  Si  No | | | | | | | | | | bpm |
| Il paziente possiede un pulsossimentro per misurare la saturazione ?  Si  No  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  Si  No  Malattie cardiache  Si  No  Malattie renali  Si  No  Malattie del sistema immunitario  Si  No  Malattie oncologiche  Si  No  Malattie metaboliche  Si  No | | | | | Gravidanza  Si  No  Isol. sociale (vive solo e/o senza fissa dimora)  Si  No Non autosufficiente  Si  No  Operatore sanitario  Si  No Altro | | | | | |
|  Vaccinato per l’antiinfluenzale  Vaccinato per l’antipneumococco  Nessuna delle precedenti vaccinazioni | | | | | | | | | | |
| Terapia cronica | | | | | | | | | | |
| Annotazioni e osservazioni aggiuntive di anamnesi | | | | | | | | | | |
| **PIANO ASSISTENZIALE | Prestazioni e terapia consigliata** | | | | | | | | | | |
| Tampone diagnostico Covid-19  Si  No | | |  In attesa  Positivo  Negativo  Dubbio | | | | | Data / / | | |
| Rx-Torace  Si  No | Polm. interstiziale  In attesa  Positivo  Negativo  Dubbio | | | | | | | Data / / | | |
| Paracetamolo  Si  No Steroidi  Si  No | | Betalattamici  Si  No Tetracicline  Si  No | | | FANS  Si  No Idrossiclorichina  Si  No | | Macrolidi  Si  No Chinolonici.  Si  No | | | |
| Altra terapia | | | | | | | | | | |

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