|  |  |
| --- | --- |
| **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  NoCefalea  Si  NoAnosmia  Si  NoDiarrea  Si  NoVomito  Si  No | Anoressia  Si  No Malessere generale  Si  No Congiuntivite  Si  NoAstenia  Si  NoAugeusia/Disgeusia  Si  No | Anoressia  Si  NoEmottisi  Si  NoEpisodi 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  NoMalattie cardiache  Si  NoMalattie renali  Si  NoMalattie del sistema immunitario  Si  NoMalattie oncologiche  Si  NoMalattie metaboliche  Si  No | Gravidanza  Si  NoIsol. sociale (vive solo e/o senza fissa dimora)  Si  No Non autosufficiente  Si  NoOperatore 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 – 2Medio/Intabile: score 3 – 4 Alto rischio/Critico: score 5 | **Totale** |
| **STATO FINALE DEL PAZIENTE IN QUESTA VALUTAZIONE CLINICA** |
| Non definito  Si  NoPositivo al Covid-19, in isolamento domiciliare  Si  No Positivo al Codi.19, ricoverato  Si  NoNegativo al controllo per Covid-19  Si  NoAltro stato inlfluenzale  Si  No | Non rilevante  Si  NoDeceduto  Si  NoDimesso con necessità di cura  Si  NoDimesso 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  NoRivalutazione personale del MMG, PLS o Continuità Assistenziale Data: / /  Si  No Attivazione dell’Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)  Si  NoAttivazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118  Si  NoSegnalazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica  Si  NoChiusura 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  NoChiusura della sorveglianza clinica USCA con feedback al MMG – PLS del paziente  Si  No |
| **ANNOTAZIONI E OSSERVAZIONI FINALI DELLA VALUTAZIONE CLINICA** |
|  |