

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			
Telefono		Cellulare		Email	
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale		<input type="checkbox"/> Pediatra di Libera Scelta		<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto			Località		Data ____/____/____
Esposizione a casi accertati (vivi o deceduti)			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Data di esposizione ____/____/____
Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio (casi probabili)			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Data di esposizione ____/____/____
Contatti con persone rientrate da paesi/località a rischio			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Data di contatto ____/____/____
Note generali					
VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE					
<input type="checkbox"/> Visita del medico/USCA		<input type="checkbox"/> Tele/Video consulto		<input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Sera <input type="checkbox"/> Notte <input type="checkbox"/> Non definito	
Stai valutando un paziente sintomatico?			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Data di comparsa dei sintomi ____/____/____
E' stato possibile rilevare la temperatura corporea? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			Maggiore o uguale a 37,5°C? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		°C
Tosse <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Dispnea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Hai rilevato altri sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Mal di gola <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Anoressia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Anoressia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Cefalea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Malessere generale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Emottisi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Anosmia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Congiuntivite <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Episodi lipotimici/sincopali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Diarrea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Astenia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Dolori miscolari (artro-mialgie) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Augeusia/Disgeusia <input type="checkbox"/> Sì <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		Sistolica (max)	Diastolica (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 diagnostico 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	
Steroidi <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tetracicline <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	
Idrossidolorichina <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		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al 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			Totale

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, in isolamento domiciliare.	<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