



Scheda per la notifica delle Infezioni da SARS-CoV-2

Copia della scheda dovrà essere inviata a: infezioniospedaliere@policlinico.pa.it

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: ____/____/____

Regione: | _____ | Asl: | _____ |

Dati di chi compila la scheda

Nome: | _____ | Cognome: | _____ |

Telefono: | _____ | Cellulare: | _____ | E-mail: | _____ |

Informazioni Generali del Paziente

Nome: | _____ | Cognome: | _____ | Sesso: M | ____ | F | ____ |

Data di nascita: ____/____/____ Codice Fiscale: | _____ | In stato di gravidanza?: Si | ____ | No | ____ |

Comune di residenza: | _____ | Indirizzo: | _____ | N. telefono: | _____ |

Comune di domicilio (se diverso da residenza): | _____ | Indirizzo: | _____ |

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Si | ____ | No | ____ | Non noto | ____ |

se sì, Nome commerciale del vaccino: | _____ | Data della vaccinazione: | _____ |

Il paziente è stato vaccinato per Covid-19 nella corrente stagione: Si | ____ | No | ____ | Non noto | ____ |

se sì, Nome commerciale del vaccino: | _____ |

se sì, Dose 1: | ____ | Data della vaccinazione: ____/____/____ se sì, Dose 3: | ____ | Data della vaccinazione: ____/____/____

se sì, Dose 2: | ____ | Data della vaccinazione: ____/____/____

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: ____/____/____

Data ricovero: ____/____/____ Nome Ospedale: | _____ |

Reparto:	Terapia intensiva/rianimazione (UTI)	____	Intubato	____	ECMO	____
	DEA/EAS	____				
	Terapia sub intensiva	____				
	Cardiochirurgia	____				
	Malattie Infettive	____				
	Altro, specificare	____				

Terapia Antivirale: Si|_| No|_| Non noto|_|

se sì, Oseltamivir |_| Zanamivir |_| Peramivir |_| **Data inizio terapia:** |_|_| **Durata:** |_| (giorni)

Presenza di patologie croniche: Si|_| No|_| Non noto|_| *se sì quali?*

Tumore Si|_| No|_| Non noto|_|

Diabete Si|_| No|_| Non noto|_|

Malattie cardiovascolari Si|_| No|_| Non noto|_|

Deficit immunitari Si|_| No|_| Non noto|_|

Malattie respiratorie Si|_| No|_| Non noto|_|

Malattie renali Si|_| No|_| Non noto|_|

Malattie metaboliche Si|_| No|_| Non noto|_|

Obesità BMI tra 30 e 40 Si|_| No|_| Non noto|_|

Obesità BMI>40 Si|_| No|_| Non noto|_|

Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: ___/___/___ **Diagnosi per:** |_| A(H1N1)pdm09

|_| A(H3N2)

|_| A/non sotto-tipizzabile

|_| A/Altro sottotipo |_____

|_| B

|_| SARS-CoV-2

Data diagnosi del laboratorio: ___/___/___

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: |_____

Data complicanza: ___/___/___ **Eseguita radiografia:** Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite influenzale primaria: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite batterica secondaria: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite mista: Si|_| No|_| Non noto|_|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) ¹: Si|_| No|_| Non noto|_|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) ²: Si|_| No|_| Non noto|_|

Altro, specificare: Si|_| No|_| Non noto|_| _____

Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |_| **Data:** ___/___/___

Decesso |_| **Data:** ___/___/___

Presenza esiti |_| Specificare _____