

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICINA GENERALE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO COVID-19**

NEI CASI SOSPETTI CONTATTARE IL NUMERO (*) ED INVIARE LA SCHEDA

VIA MAIL (*) A O VIA
FAX (*)

AL PER L'ATTUAZIONE DELLE PROCEDURE
SUCCESSIVE

(*) INSERIRE NUMERO, MAIL, FAX COMUNICATI DA AZIENDA SANITARIA/REGIONE

MEDICO DR _____ - LUOGO _____ - DATA
ORA _____

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome		
Data Nascita	Luogo di Nascita		
CF:	Residenza Via		
Comune	Prov.	Tel./Cell.	
Numero dei conviventi <input type="text"/>			
Dati interlocutore se diverso da paziente <input type="text"/>			

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTE SINTOMATICO
PER AFFEZIONI VIE RESPIRATORIE**

SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO:

SE SI SPECIFICARE PAESE

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI

Data **prima** valutazione Data ev. **seconda** valutazione

Data ev. **terza** valutazione Data ev. **quarta** valutazione

SE RISPOSTO SI AD UNO DEI PRECEDENTI, CONTATTARE 118

SE NO PROCEDERE A VALUTAZIONE CLINICA

VALUTAZIONE CLINICA TELEFONICA PAZIENTE FEBBRILE

VALUTAZIONE PAZIENTE SINTOMATICO? SI NO

Valutatore: tipo valutazione: Data di valutazione:

Data comparsa dei sintomi:

Temperatura corporea superiore a 38°C: NO SI °C

Nel caso di presenza di anche 1 solo elemento tra i seguenti, si allerta direttamente 118/112

- Coscienza alterata
- Pressione sistolica bassa se valutabile dal paziente (minore o uguale 100)
- Ha difficoltà a respirare a riposo

Nel caso non sussistano le condizioni precedenti procedere come segue:

Valutazione delle condizioni di rischio note al medico o confermate telefonicamente

- Malattie Polmonari
- Malattie cardiache
- Malattie renali
- Malattie sistema immunitario
- Malattie oncologiche
- Malattie metaboliche
- Gravidanza
- Isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
- Non autosufficiente

Valutazione Stato vaccinale noto al medico o confermato telefonicamente

- Vaccinato antinfluenzale Vaccinazione antipneumococco Nessuna delle precedenti vaccinazioni

Esecuzione tampone diagnostico per COVID 19

Data Esecuzione 1° tampone: data: risultato:
Data Esecuzione 3° tampone: data: risultato:
Data Esecuzione 3° tampone: data: risultato:

Valutazione clinica

- Il respiro è lento (provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)

- Il respiro è accelerato (provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
- Ha difficoltà a respirare dopo un lieve sforzo (alzarsi dalla sedia/letto), si affatica a camminare o non sta in piedi
- Il paziente è tachicardico (indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza cardiaca, verificare se disponibilità di App cellulare, cardiofrequenzimetro da polso utili allo scopo, ottenere il dato)
- Il paziente ha segni di cianosi periferica (suggerire controllare colore letto ungueale e tempo di refill dopo digitopressione, colore cute e labbra)
- Valutare la capacità del paziente di parlare al telefono e il coordinamento con la respirazione

Se il **processo diagnostico** (condizioni di rischio, dato vaccinale e quadro clinico) è **suggestivo di sospetto impegno polmonare** (polmonite) si richiede **attivazione del 118/112** o servizio attrezzato per valutazione domiciliare secondo direttive regionali.

In caso contrario valutare tempi e modalità per **rivalutazione telefonica** del caso, con informazioni chiare e concordate con il paziente, forti del patto fiduciario, disincentivare iniziative di ricorso autonomo ai servizi sanitari (Pronto Soccorso, Ambulatorio Medico di Famiglia, Continuità Assistenziale) in assenza di contatto con i numeri di pubblica utilità su Coronavirus (1500 Ministero, numeri verdi regionali) o **con il proprio Medico Curante**.

Nel caso in cui il paziente:

- Respira normalmente
- È in grado di rimanere in piedi
- È in grado di svolgere le normali attività (vestirsi, lavarsi, lavori in casa)

Ma e' sintomatico

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Anoressia | <input type="checkbox"/> Congestione nasale |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Artro - mialgie |
| <input type="checkbox"/> Dolori muscolari | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Astenia |
| <input type="checkbox"/> Malessere generale | <input type="checkbox"/> Congiuntivite | <input type="checkbox"/> Anosmia |
| <input type="checkbox"/> Ageusia / Disgeusia | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Emottisi | <input type="checkbox"/> Lipotimia | |

Suggerire isolamento e riduzione dei contatti, uso di mascherine (**), guanti (**) a protezione dei conviventi, lavaggio frequente delle mani, areazione frequente degli ambienti, valutare tempi e modalità per rivalutazione telefonica del caso, con informazioni chiare e concordate con il paziente, forti del patto fiduciario, disincentivare iniziative di ricorso autonomo ai servizi sanitari (Pronto Soccorso, Ambulatorio Medico di Famiglia, Continuità Assistenziale) in assenza di contatto con i numeri di pubblica utilità su Coronavirus (1500 Ministero, numeri verdi regionali) o con il proprio medico curante.

(**) Ottenere informazioni dalla Azienda Sanitaria o dalle Farmacie, competenti per territorio, sulla possibile fornitura/distribuzione dei dispositivi indicati, per comunicarla al paziente.