



SCHEDA FINE TRATTAMENTO DA INVIARE AL CENTRO SPECIALISTICO AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI ANTI CORPI MONOCLONALI PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19.

COGNOME PAZIENTE:	
NOME PAZIENTE:	
DATA DI NASCITA:	
GENERE (M/F):	CODICE FISCALE:
RECAPITO TELEFONICO PAZIENTE O DEL CAREGIVER:	

La scheda di fine trattamento è da intendersi come scheda di follow up da eseguire a circa 1 mese dalla somministrazione degli anticorpi monoclonali attraverso un contatto a distanza (per es. per via telefonica) con il paziente. La data di fine trattamento deve intendersi come data di compilazione di questa scheda di monitoraggio.

DATA FINE TRATTAMENTO	____/____/____	
CAUSA DEL FINE TRATTAMENTO	GUARIGIONE	
	RICOVERO OSPEDALIERO O ACCESSO AL PS	
	DECESSO	
SE SELEZIONATO RICOVERO OSPEDALIERO O ACCESSO AL PS, indicare:		
DATA OSPEDALIZZAZIONE/ACCESSO AL PS	____/____/____	
CAUSA DELL'OSPEDALIZZAZIONE/ACCESSO AL PS (è possibile selezionare entrambi i criteri)	CAUSA CORRELATA AL COVID-19	
	CAUSA NON CORRELATA AL COVID-19	
SE SELEZIONATO DECESSO, indicare:		
DATA DEL DECESSO	____/____/____	
CAUSA DEL DECESSO (è possibile selezionare entrambi i criteri)	CAUSA CORRELATA AL COVID-19	
	CAUSA NON CORRELATA AL COVID-19	
ESITO TEST MOLECOLARE O TEST ANTIGENICO DI TERZA GENERAZIONE	POSITIVO	NEGATIVO
DATA DEL TEST	____/____/____	
IL PAZIENTE HA AVUTO UNA REAZIONE NOCIVA E NON VOLUTA AL MEDICINALE?*	SI	NO
SE SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, SPECIFICARE IL TIPO DI REAZIONE AVVERSA	REAZIONE DA IPERSENSIBILITÀ	
	REAZIONE DA INFUSIONE	
	RASH CUTANEO	
	PRURITO	
	NAUSEA	
	VOMITO	
	DIARREA	
	VERTIGINI	
SE INDICATO ALTRO ALLA DOMANDA PRECEDENTE, SPECIFICARE IL TIPO DI REAZIONE AVVERSA	_____	

LA REAZIONE AVVERSA E' STATA GRAVE?	SI	NO

** Tutte le sospette reazioni avverse da anticorpi monoclonali rilevate dagli operatori sanitari o riportate dal paziente devono essere opportunamente segnalate, o alla persona qualificata responsabile della farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza, o attraverso i canali ordinari messi a disposizione dall'AIFA quali strumenti indispensabili per confermare la sicurezza di tali medicinali (www.vigifarmaco.it).*

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE _____