

MODULO 32	VALUTAZIONE CLINICA Covid-19 (infezione da SARS-CoV-2)	Cod. ROG26/1.32 Rev.01 del 30.06.2025
------------------	---	--

PAZIENTE: _____	ANNO _____	N° prog. _____
------------------------	-------------------	-----------------------

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA PER AFFEZIONE VIE RESPIRATORIE			
Esposizione a casi accertati	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data di esposizione	_____
Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data di esposizione	_____
Contatti con persone a rischio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data di contatto	_____

VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE			
Data di comparsa dei sintomi	_____	<input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Sera <input type="checkbox"/> Notte <input type="checkbox"/> Non definito	
Temperatura corporea: maggiore o uguale a 37,5 °C ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	T.C. °C	_____
Tosse <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dispnea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anoressia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Mal di gola <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anoressia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Emottisi <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cefalea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Malessere generale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Episodi lipotimici/sincopali <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Anosmia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Congiuntivite <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolori miscolari (artro-mialgie) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diarrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Astenia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Altri sintomi: _____	
Vomito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Augeusia/Disgeusia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
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 a riposo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

CONDIZIONI DI RISCHIO - STATO VACCINALE			
Malattie polmonari <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Malattie oncologiche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Malattie cardiache <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Malattie metaboliche <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			
<input type="checkbox"/> Vaccinato per l'antiinfluenzale	<input type="checkbox"/> Vaccinato per l'antipneumococco	<input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti vaccinazioni	

MONITORAGGIO DEI PARAMETRI - SCALA NEWS								
PARAMETRI FISIOLOGICI	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza respiratoria	< 8		9/11	12 - 20	21 – 24	≥ 25		
Saturazione Ossigeno SpO ²		≤ 91%	91-93%	≥ 96%	94-95%			
Temperatura corporea	<35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	≥ 39		
Press. Arteriosa Sistolica	≤ 90		91-100	101-110	111-219	≥ 220		
Frequenza cardiaca	<40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131	
Stato di coscienza				Vigile/sveglia			Richiamo dolore-coma	
RISCHIO CLINICO: <input type="checkbox"/> Basso/Stabile: 1-4 <input type="checkbox"/> Medio/Instabile: 5-6 o un solo parametro 3 <input type="checkbox"/> Alto/critico: 7 TOTALE								

PIANO ASSISTENZIALE			
Tampone Covid-19 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DATA		Risultato: <input type="checkbox"/> In attesa <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio

STATO FINALE DEL PAZIENTE DELLA VALUTAZIONE CLINICA			
Positivo al Covid-19, in isolamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Negativo al controllo per Covid-19 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Positivo al Codi.19, ricoverato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Altro stato influenzale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

AZIONI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE CLINICA			
Sorveglianza clinica Covid-19	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Rivalutazione personale del MMG, PLS o Continuità Assistenziale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data: _____	
Attivazione dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data: _____	
Attivazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data: _____	
Segnalazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data: _____	
Chiusura della sorveglianza clinica Covid-19	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Data: _____	

 DATA _____ ☐ Infermiere ☐ M.M.G. _____ FIRMA _____

DECORSO INFEZIONE COVID-19			
TAMPONE NEGATIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data	TERMINE ISOLAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____			

 DATA _____ ☐ Infermiere ☐ M.M.G. _____ FIRMA _____

NOTA: numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.