|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 ❏Si ❏No | | | | | | | Data di esposizione | | |  |
| Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio ❏Si ❏No | | | | | | | Data di esposizione | | |  |
| Contatti con persone a rischio ❏Si ❏No | | | | | | | Data di contatto | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE** | | | | | | | | | | |
| Data di comparsa dei sintomi | |  | | ❏Mattino ❏Pomeriggio ❏Sera ❏Notte ❏Non definito | | | | | | |
| Temperatura corporea: maggiore o uguale a 37,5 °C ? ❏Si ❏No | | | | | | | | T.C. °C |  | |
| Tosse ❏Si ❏No  Mal di gola ❏Si ❏No  Cefalea ❏Si ❏No  Anosmia ❏Si ❏No  Diarrea ❏Si ❏No  Vomito ❏Si ❏No | Dispnea ❏Si ❏No  Anoressia ❏Si ❏No  Malessere generale ❏Si ❏No  Congiuntivite ❏Si ❏No  Astenia ❏Si ❏No  Augeusia/Disgeusia ❏Si ❏No | | | | | Anoressia ❏Si ❏No  Emottisi ❏Si ❏No  Episodi lipotimici/sincopali ❏Si ❏No  Dolori miscolari (artro-mialgie) ❏Si ❏No  Altri sintomi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Coscienza alterata ❏Si ❏No | | | ❏Vigile ❏Risponde alla voce ❏Risponde al dolore ❏Non risponde | | | | | | | |
| Ha difficoltà a respirare a riposo ❏Si ❏No | | | | | Segni di cianosi periferica ❏Si ❏No | | | | | |
| È in grado di rimanere in piedi? ❏Si ❏No | | | | | È in grado di svolgere normali attività? ❏Si ❏No | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDIZIONI DI RISCHIO - STATO VACCINALE** | |
| Malattie polmonari ❏Si ❏No | Malattie oncologiche ❏Si ❏No |
| Malattie cardiache ❏Si ❏No | Malattie metaboliche ❏Si ❏No |
| Malattie renali ❏Si ❏No | Non autosufficiente ❏Si ❏No |
| Malattie del sistema immunitario ❏Si ❏No |  |
| ❏ Vaccinato per l’antiinfluenzale ❏ Vaccinato per l’antipneumococco ❏ 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 SpO2 |  | **<** 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/sveglio |  |  | Richiamo dolore-coma | |  |
| **RISCHIO CLINICO: ❏Basso/Stabile: 1-4** ❏**Medio/Instabile: 5-6** o un solo parametro **3** ❏**Alto/critico: 7** | | | | | | | | **TOTALE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PIANO ASSISTENZIALE** | | | |
| **Tampone** Covid-19 ❏Si ❏No | DATA |  | **Risultato:** ❏In attesa ❏Positivo ❏Negativo ❏Dubbio |

|  |  |
| --- | --- |
| **STATO FINALE DEL PAZIENTE DELLA VALUTAZIONE CLINICA** | |
| Positivo al Covid-19, in isolamento ❏Si ❏No  Positivo al Codi.19, ricoverato ❏Si ❏No | Negativo al controllo per Covid-19 ❏Si ❏No  Altro stato influenzale ❏Si ❏No |

|  |
| --- |
| **AZIONI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE CLINICA** |
| Sorveglianza clinica Covid-19 ❏Si ❏No  Rivalutazione personale del MMG, PLS o Continuità Assistenziale ❏Si ❏No Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Attivazione dell’Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) ❏Si ❏No Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Attivazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118 ❏Si ❏No Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Segnalazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ❏Si ❏No Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chiusura della sorveglianza clinica Covid-19 ❏Si ❏No Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** |  | ❏**Infermiere** ❏ **M.M.G.** |  | **FIRMA** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECORSO INFEZIONE COVID-19** | | | | | |
| **TAMPONE NEGATIVO** ❏SI ❏NO | Data |  | **TERMINE ISOLAMENTO** ❏SI ❏NO | Data |  |
| ❏**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.