



DIRETTORE: Prof. Sergio Babudieri

Data compilazione ___/___/202__

Cognome e Nome: _____ Età: _____ Peso _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Luogo di residenza: _____ Codice Fiscale: _____

Data Positività: _____ Data inizio sintomi: _____

Vaccinazione: Si No Tipo vaccino: _____

Numero di dosi: _____ Data Ultima dose _____

O2 terapia? Si No sO2 AA: _____ Sierologia SARS-CoV-2: _____

Sintomatologia:

Febbre: Si No Tosse: Si No Tachipnea: Si No Ageusia/anosmia: Si No

Faringodinia: Si No Brividi: Si No Astenia: Si No Cefalea: Si No

Mialgie: Si No Sdr. Gastrointestinali: Si No Dispnea: Si No

Patologie

BMI >30: Si No IRC/Dialisi: Si No Immunodeficit: Si No

Diabete scompensato/complicanze croniche: Si No Epatopatia Cronica: Si No

Patologia respiratoria cronica: Si No Emoglobinopatie: Si No

Patologie neurosviluppo/neurodegenerative: Si No Patologia Oncologica: Si No

Malattia Cardiovascolare grave: Si No Altro: _____

Polmonite alla TC: Si No

eGFR: _____ ALT: _____

Possibile gravidanza: Si No Trattamento con altri antiretrovirali? Si No

Numero telefono del paziente: _____

Medico compilatore: _____