



ASL
VITERBO

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Via Enrico Fermi, 15 - 01100 Viterbo

TEL. 0761 237014/016 – Fax 0761/237017 direzione.sanitaria@asl.vt.it



REGIONE
LAZIO

PROT. N° 16119

VITERBO, 29-02-2020

Oggetto: Trasmissione Procedure operative emergenza COVID-19

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie
Ai MMG/PLS
Ai Medici di Continuità Assistenziale
Ai Medici Ambufest
Ai Medici Ambufest Pediatrico
Agli Specialisti Ambulatoriali
A tutti i Medici Punti Assistenza Territoriale
Montefiascone e Ronciglione

Si trasmette in allegato alla presente l'estratto del manuale operativo COVID-19 relativo alle procedure operative per i Pronto Soccorso dell'Azienda, revisionati in data odierna dal Gruppo Locale Emergenza COVID-19.

Il Direttore Cure Primarie dovrà curare la diffusione capillare a tutti i soggetti coinvolti, verificando l'applicazione dandone conferma alla Direzione Strategica.

Distinti saluti

per Il Gruppo Locale Emergenza COVID-19
Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott.ssa Antonella Proietti

MANUALE OPERATIVO COVID - 19	Cod. POA	Edizione 02	25.02.2020	Pag. 6 di 21
		Revisione 02	28.02.2020	

ISTRUZIONE OPERATIVA N. 3 – Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici della Continuità Assistenziale (MCA), Specialisti Ambulatoriali (SA) PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (PAT) -AMBUFEST- AMBUFEST PEDIATRICI pag. 1/5

Premessa: I MMG, PLS, MCA PAT e SA rappresentano il primo importante livello di accesso al SSR e offrono un contributo fondamentale oltre che di prevenzione, diagnosi e cura, anche di informazione agli assistiti sulla malattia e sulle misure per prevenirla, rappresentando un canale privilegiato con la popolazione, in virtù del rapporto fiduciario instaurato tra medico curante e cittadino assistito.

I MMG, i PLS, i Medici della Continuità Assistenziale e gli Specialisti Ambulatoriali in relazione all'emergenza COVID-19 devono attuare le seguenti misure precauzionali temporanee al fine di prevenire il possibile contagio nelle sale d'attesa e negli studi/ambulatori/poliambulatori:

- 1) Si raccomanda di invitare la popolazione assistita ad accedere presso gli studi/ambulatori/poliambulatori nei casi strettamente necessari;
- 2) Per evitare il sovraffollamento della sala d'attesa:
 - a. l'invio della prescrizione dematerializzata al paziente potrà avvenire attraverso adeguate forme digitali, nelle more della definitiva abolizione del promemoria;
 - b. potrà essere fatto ricorso alle modalità di televisita previste dalle linee di indirizzo nazionali per la telemedicina recepite con DCA U00458/2015 attraverso le tecnologie ICT a disposizione di professionisti e assistiti (es. smartphone, pc, tablet, ecc.); a seguito della *televisita*, se necessario, potrà essere rilasciato l'attestato di malattia;
- 3) In caso di quarantena, nei certificati di malattia dei soggetti interessati, si raccomanda di apporre chiaramente nel campo *diagnosi* i termini *quarantena, isolamento fiduciario, febbre con sospetto di corona virus*, o in alternativa il codice V29.0 corrispondente a quarantena obbligatoria o volontaria,
- 4) Informare, con gli strumenti a disposizione, tutti gli assistiti sull'opportunità di non recarsi presso gli studi medici in presenza di sintomi respiratori (tosse, rinite, starnuti, etc.) e/o simil-influenzali, invitandoli a colloquio telefonico per consentire una valutazione clinica preliminare e, congiuntamente, del rischio di infezione da SARS-CoV-2;
- 5) Nel corso della telefonata il medico procede a un triage telefonico indagando in particolare su sintomi respiratori e simil-influenzali e storia di viaggi e/o spostamenti nelle aree a rischio come da indicazioni nazionali e internazionali; qualora dall'intervista non si ravvisino i criteri di "caso in valutazione", il medico potrà effettuare la visita;
- 6) in presenza dei criteri di *caso in valutazione*, il medico deve contattare l'INMI al numero 06 551701 per una ulteriore valutazione anche ai fini di un eventuale trasferimento presso unità di malattie infettive o di una possibile gestione a domicilio. In caso di conferma da parte dell'INMI dell'opportunità di trasferimento, il medico attiva il servizio 112/118;
- 7) il medico deve, inoltre, dare immediata segnalazione telefonica al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL territorialmente competente e, quindi, compilare ed inviare la scheda di segnalazione (Allegato 3);
- 8) Qualora dal consulto con il medico INMI si sia concordata la gestione a domicilio, il medico deve informare il SISP territorialmente competente, che procederà alla gestione del caso per quanto di competenza in raccordo con il curante;
- 9) Nell'eventualità in cui un paziente con sintomi respiratori o simil-influenzali si presenti direttamente presso lo studio/ambulatorio/poliambulatorio, il medico deve mettere in atto le misure standard di

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi

MANUALE OPERATIVO COVID - 19	Cod. POA	Edizione 02	25.02.2020	Pag. 7 di 21
		Revisione 02	28.02.2020	

ISTRUZIONE OPERATIVA N. 3 – Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici della Continuità Assistenziale (MCA), Specialisti Ambulatoriali (SA) PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (PAT) -AMBUFEST- AMBUFEST PEDIATRICI pag. 2/5

prevenzione della trasmissione da contatto, droplet e aerea comunemente adottate per l'influenza, e le azioni che consentano di rintracciare altri pazienti/accompagnatori presenti contemporaneamente in sala d'attesa qualora il caso dovesse, successivamente, essere confermato, per gli interventi di sanità pubblica.

In presenza dei criteri di "caso in valutazione", è necessario:

- a. rassicurare il paziente
- b. allontanarsi e indossare i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), evacuare lo studio, attivare il percorso come ai punti 6) e 7);
- c. conservare i nominativi degli astanti in sala d'attesa, compresi gli accompagnatori, per fornirli alla ASL se il caso dovesse essere confermato.

10) Oltre alle consuete procedure di pulizia e sanificazione dello studio, in caso di paziente che risponda ai criteri di caso in valutazione si raccomanda di disinfettare tutte le superfici con ipoclorito di sodio (0.1%-0,5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), dopo pulizia con un detergente neutro. Inoltre, smaltire i rifiuti come materiale infetto categoria B (UN3291);

11) In caso di indisponibilità di DPI da parte dei MMG e PLS, la ASL si impegnerà a fornire i kit specifici alle necessarie esigenze e i detergenti idroalcolici per la sala d'attesa. Per i medici di C.A. degli Ambulatori di Cure Primarie e per gli Specialisti ambulatoriali sarà garantita, oltre la fornitura dei Kit in misura sufficiente, la rimozione dei rifiuti speciali e la disinfezione quotidiana dell'ambulatorio come da ordinaria gestione;

12) Informare gli assistiti delle direttive istituzionali in base a ogni possibile evoluzione.

13) non è ammessa l'effettuazione del tampone diagnostico da parte del MMG nei pazienti asintomatici.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi

MANUALE OPERATIVO COVID - 19	Cod. POA	Edizione 02 25.02.2020 Revisione 02 28.02.2020	Pag. 8 di 21
---	----------	---	--------------

ISTRUZIONE OPERATIVA N. 3 – Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici della Continuità Assistenziale (MCA), Specialisti Ambulatoriali (SA) PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (PAT) -AMBUFEST- AMBUFEST PEDIATRICI pag. 3/5

Da quale zona proviene la persona			
E' una zona a rischio?	↓	Si	No. Esce dal protocollo
Se Si , quanti giorni sono passati dal contatto con la zona?	↓	< 14 gg	>14 gg. Esce dal protocollo
Se proviene da una zona a rischio e sono passati meno di 14 gg, chiedere alla persona se è sintomatica (presenza di febbre, tosse, mal di gola, raffreddore, difficoltà respiratoria, etc.)	↓	Si	No. Resta nel protocollo con isolamento domiciliare e monitoraggio attivo
Se è sintomatica valutare in quale tipologia di caso va inquadrata (vedi sotto)			
Caso sospetto (che richiede esecuzione di test diagnostico)			
Presenta un'infezione respiratoria acuta (febbre, tosse, dispnea) che richiede o meno il ricovero ospedaliero e che soddisfi almeno uno dei seguenti criteri epidemiologici (riferiti al periodo di tempo di 14 gg precedenti la comparsa dei segni e dei sintomi):	*In presenza di soggiorno in zone con presunta trasmissione comunitaria si distinguono due scenari possibili:		
<ul style="list-style-type: none"> • Essere un contatto stretto di un caso confermato o probabile di COVID19 oppure • Essere stato in zone con presunta trasmissione comunitaria (diffusa o locale)* 	<ul style="list-style-type: none"> • una persona con infezione respiratoria acuta che richiede o meno ricovero in ospedale e che ritorna da aree con presunta trasmissione comunitaria diffusa, va inviato alla esecuzione del test (vedi istruzione operativa n°5) • una persona con infezione respiratoria acuta che richiede o meno ricovero in ospedale e che ritorna da aree con presunta trasmissione comunitaria locale diffusa o a bassa intensità, è necessario valutare clinicamente caso per caso sulla base della situazione epidemiologica nazionale 		
Caso probabile			
Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.			
Caso confermato			
Un caso con una conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.			

Si può contattare il seguente numero di telefono che corrisponde al Team Operativo Coronavirus (TOC), attivo dalle ore 08,00 alle ore 20,00 per qualsiasi chiarimento: **344 0524731**

Oppure

Il numero regionale **800 118 800**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi

MANUALE OPERATIVO COVID - 19	Cod. POA	Edizione 02	25.02.2020	Pag. 9 di 21
		Revisione 02	28.02.2020	

ISTRUZIONE OPERATIVA N. 3 – Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici della Continuità Assistenziale (MCA), Specialisti Ambulatoriali (SA) PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (PAT) -AMBUFEST- AMBUFEST PEDIATRICI pag. 4/5

- Una persona che vive nella stessa casa di un caso di un COVID 19.
- Una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con caso di COVID-19 (stretta di mano).
- Una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID -19 (toccare a mani nude fazzoletti di carta usati).
- Una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con caso di COVID -19 a distanza minore di mt 2 e durata maggiore di 15 minuti.
- Una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (aula, sala riunioni, sala d'attesa d'ospedale con un caso COVID-19 per almeno 15 minuti a distanza minore di mt 2).
- Operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID -19, o personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.
- Una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID- 19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza ed i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto. Qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti dell'aereo indicando una maggiore esposizione dei passeggeri, vanno considerati come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo. Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 gg prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi

MANUALE OPERATIVO COVID - 19	Cod. POA	Edizione 02	25.02.2020	Pag. 10 di 21
		Revisione 02	28.02.2020	

ISTRUZIONE OPERATIVA N. 3 – Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici della Continuità Assistenziale (MCA), Specialisti Ambulatoriali (SA) PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (PAT) -AMBUFEST- AMBUFEST PEDIATRICI pag. 5/5

CHI	TIPO DI CASO	COSA DEVE FARE
MMG/PLS Medici di CA/PAT	Sospetto	<ul style="list-style-type: none"> • Raccogliere informazioni anagrafiche • Effettuare valutazione epidemiologica per affezioni respiratorie come da Allegato 2 • Sconsigliare al paziente di rimanere in sala di attesa (se possibile utilizzare un ambiente dedicato; meglio recarsi a domicilio) • Indossare il Kit di protezione fornito dalla ASL • Smaltire i rifiuti come materiale infetto (cat. B –UN 3291) • Adottare sempre le precauzioni standard (Droplets) • Contattare il TOC per la gestione congiunta del caso (3440524371)
MMG/PLS Medici di CA/PAT	Probabile	<ul style="list-style-type: none"> • segnalare al TOC (3440524371) il caso per attivare la sorveglianza attiva • Effettuare valutazione clinica telefonica e gestire la possibile evoluzione insieme al TOC • Quarantena domiciliare con sorveglianza attiva per 14 gg.
	Confermato	<ul style="list-style-type: none"> • Quarantena domiciliare con sorveglianza attiva per 14 gg in gestione congiunta con il TOC

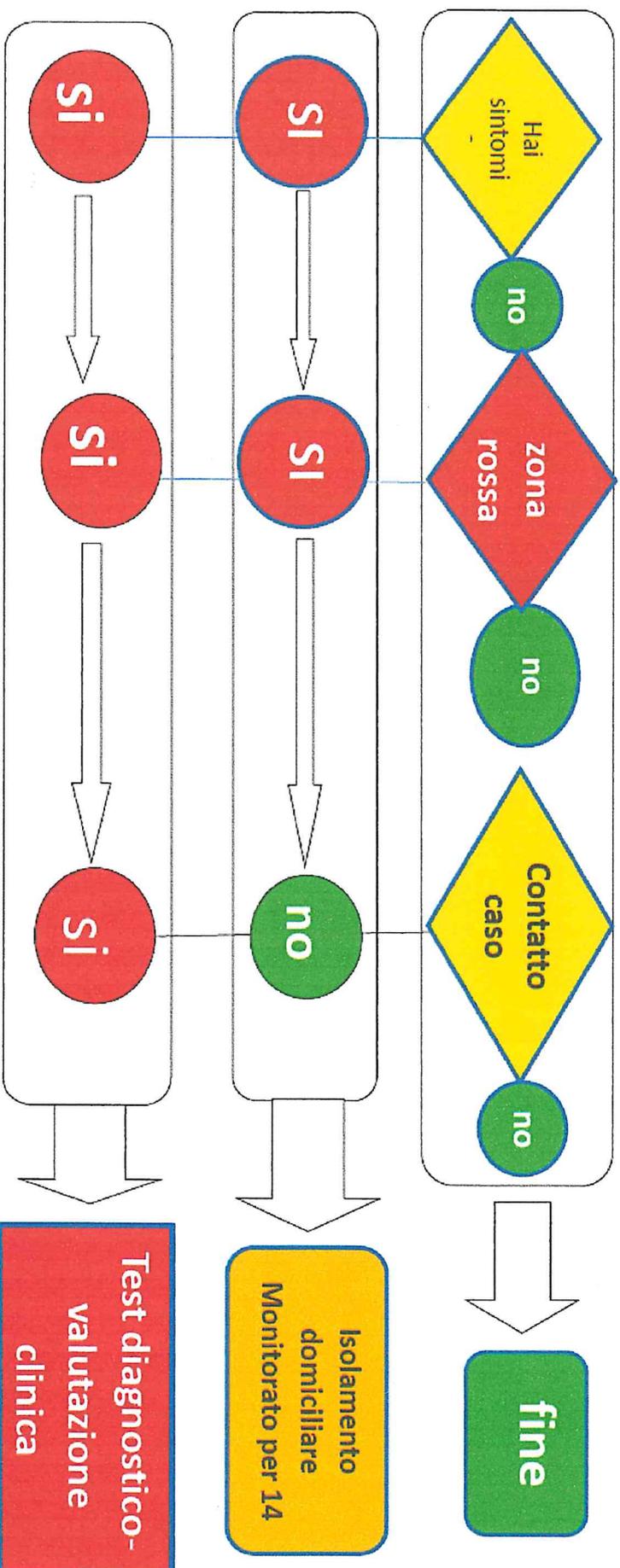
N.B.

- Il medico compila la “Scheda per la segnalazione di casi di infezione da virus respiratori” (**Allegato 2**) e lo invia al Dipartimento di Prevenzione.
- Limita accessi al Pronto Soccorso;
- Valuta anamnesticamente e clinicamente con particolare riguardo alle situazioni appena descritte.
- Contatto con il medico di accettazione di INMI Spallanzani al **06551701** per la valutazione del caso.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi

Schema di comportamento operativo

A CURA DEL GRUPPO LOCALE EMERGENZA COVID -19



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI CASI DI INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORI

La versione compilabile elettronicamente è scaricabile dal sito della Regione Lazio,

dall'indirizzo <http://www.inmi.it/bedmanager> o www.inmi.it/seresmi

Copia della scheda dovrà essere inviata alla ASL di competenza

Primo Invio Aggiornamento

Caso di: _____ Data di segnalazione: _____

Medico che compila la scheda:

Cognome: _____ Nome: _____

Telefono: _____ Email: _____

Dati Anagrafici

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita: _____

Comune/Nazione di Nascita: _____ Prov _____

Cittadinanza: _____ Telefono: _____

Codice Fiscale/Cod. identificativo personale (paz. straniero): _____

Non Noto

Senza fissa dimora

Stato civile: _____ Titolo di studio: _____

Professione: _____

RESIDENZA

Nazione: _____ Comune: _____ Prov _____

Indirizzo _____ Recapito telefonico: _____

Altri Recapiti telefonici: _____

DOMICILIO (se diversa dalla residenza)

Nazione: _____ Comune: _____ Prov _____

Indirizzo _____

SE RESIDENTE/DOMICILIATO IN UN PAESE DIVERSO DALL'ITALIA:

Data partenza dal proprio paese: _____ Data ingresso in Italia: _____

Ha visitato altri paesi nel periodo di incubazione? Sì No

In stato di gravidanza? Sì No Non noto se Sì, settimane di gestazione: _____

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì No Non noto

se Sì, Nome commerciale del vaccino: _____ Data della vaccinazione: _____

Informazioni Cliniche del Paziente

Segni e sintomi rilevanti	✓	Data esordio		✓	Data esordio
Artralgia/Artrite	<input type="checkbox"/>	_____	Ipertransaminasemia	<input type="checkbox"/>	_____
Astenia	<input type="checkbox"/>	_____	Linfoadenopatia/linfadenite	<input type="checkbox"/>	_____
Cefalea	<input type="checkbox"/>	_____	Mialgia	<input type="checkbox"/>	_____
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	_____	Nausea	<input type="checkbox"/>	_____
Diarrea	<input type="checkbox"/>	_____	Paralisi Flaccida Acuta	<input type="checkbox"/>	_____
Dispnea	<input type="checkbox"/>	_____	Polmonite	<input type="checkbox"/>	_____
Dolori Addominali	<input type="checkbox"/>	_____	Rigor Nuchalis	<input type="checkbox"/>	_____
Emorragie cutanee/mucose	<input type="checkbox"/>	_____	Sepsi/shock settico	<input type="checkbox"/>	_____
Esantema/Rash Cutaneo	<input type="checkbox"/>	_____	Sindrome di tipo influenzale	<input type="checkbox"/>	_____
Faringite/faringodinia	<input type="checkbox"/>	_____	Tosse	<input type="checkbox"/>	_____
Febbre	<input type="checkbox"/>	_____	Vomito	<input type="checkbox"/>	_____
Ittero	<input type="checkbox"/>	_____			
Altro, specificare		_____			_____

Altri Sintomi/segni/affezioni a carico di	Specificare	✓	Data esordio
Sistema Nervoso Centrale		<input type="checkbox"/>	_____
Sistema Nervoso Periferico		<input type="checkbox"/>	_____
Vie respiratorie superiori		<input type="checkbox"/>	_____
Vie respiratorie inferiori		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato cardiovascolare		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato digerente		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato uro-genitale		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato urinario		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato muscolo-scheletrico		<input type="checkbox"/>	_____
Cute (lesioni cutanee)		<input type="checkbox"/>	_____
Altro specificare		<input type="checkbox"/>	_____

Ricovero Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Isolamento fiduciario: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Data: _____ Nome Ospedale: _____	Data isolamento: _____
Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) <input type="checkbox"/> Intubato <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> DEA/EAS <input type="checkbox"/> Terapia sub intensiva <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia <input type="checkbox"/> Malattie Infettive <input type="checkbox"/> Altro, specificare <input type="checkbox"/> _____	Indirizzo: _____ Comune: _____ Prov _____

Terapia Antivirale: Sì No Non noto se sì, Oseltamivir Zanamivir Peramivir

Data inizio terapia: _____ Durata: _____ (giorni)

Presenza di patologie croniche: Sì No Non noto se sì quali?

Tumore	Sì	No	Non noto	Malattie renali	Sì	No	Non noto
Diabete	Sì	No	Non noto	Malattie metaboliche	Sì	No	Non noto
Malattie cardiovascolari	Sì	No	Non noto	Obesità BMI tra 30 e 40	Sì	No	Non noto
Deficit immunitari	Sì	No	Non noto	Obesità BMI > 40	Sì	No	Non noto
Malattie respiratorie	Sì	No	Non noto				
Altro, specificare	Sì	No	Non noto	_____			

Invio campione al Laboratorio Regionale Sì No Data invio: _____

Invio campione al Laboratorio Nazionale Sì No Data invio: _____

SARS-CoV-2:

Tipologia campione:	Metodica: _____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Influenza:

Tipologia campione:	Metodica: _____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

MERS-CoV

Tipologia campione:	Metodica: _____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Altro(specificare):| _____ | :

Tipologia campione:	Metodica: _____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Altro(specificare):| _____ | :

Tipologia campione:	Metodica: _____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo coronavirus o SARS-CoV-2? Si No Non noto Se sì,

dove _____ data di arrivo : _____ | data di partenza : _____

dove _____ data di arrivo : _____ | data di partenza : _____

dove _____ data di arrivo : _____ | data di partenza : _____

data di arrivo in Italia: _____

Informazioni Aggiuntive viaggio

Mezzo di trasporto: Aereo Nave/traghetto Treno Automobile Pullman
 Altro,specificare: _____

Disponibilità informazioni identificative del viaggio: Si No

Indicare volo di ritorno in Italia (o compagnia aerea e itinerario se disponibili) e aeroporto arrivo

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo coronavirus o SARS-CoV-2? Si No Non noto Se sì,

dove _____ data di arrivo : _____ | data di partenza : _____

dove _____ data di arrivo : _____ | data di partenza : _____

dove _____ data di arrivo : _____ | data di partenza : _____

data esposizione: _____

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: _____

Data complicanza: _____ Eseguita radiografia: Si No Non noto

Polmonite	Si	No	Non noto	Polmonite virale primaria	Si	No	Non noto
	Si	No	Non noto	Polmonite batterica secondaria	Si	No	Non noto
	Si	No	Non noto	Polmonite mista	Si	No	Non noto

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI): | Si | | No | | Non noto |

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): | Si | | No | | Non noto |

Altro, specificare | Si | | No | | Non noto | _____

Diagnosi Esito e Follow-up

Diagnosi per

<input type="checkbox"/>	A(H1N1)pdm09	<input type="checkbox"/>	B
<input type="checkbox"/>	A(H3N2)	<input type="checkbox"/>	nuovo coronavirus (2019 - nCoV)
<input type="checkbox"/>	A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)	<input type="checkbox"/>	MERS_CoV
<input type="checkbox"/>	A/Altro sottotipo _____		
<input type="checkbox"/>	Altra diagnosi (specificare): _____		

Data diagnosi del laboratorio: _____

Esito: Guarigione Data: _____
 Decesso Data: _____
 Presenza esiti Specificare _____

Definizione di caso di SARI: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

Definizione di ARDS: paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO_2/FiO_2 inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Procedura operativa aziendale	Interno aziendale	Azienda sanitaria locale Viterbo- Unità di Crisi