REGIONE LAZIO

ALLEGATO 1

COVID-19+ Anticorpi Monoclonali - Pronto Soccorso

Pronto Soccorso:_____

Assistito_____ Data di nascita _____

Codice Fiscale_____ ASL appartenenza_____

Residenza: _____

Sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza preferibilmente entro le 72 ore (e comunque da non oltre 10 giorni)

Data dell'ultimo Tampone Molecolare /Antigenico III generazione_____ Esito ☐ Positivo

1. **età 12-17 anni** con:

- ☐ BMI ≥ 85° percentile per età e genere
- ☐ Anemia falciforme
- ☐ Malattie cardiache congenite o acquisite
- ☐ Malattia del neurosviluppo
- ☐ Dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetti con tracheotomia, gastrostomia, etc)
- ☐ Asma, o altre malattie respiratorie che richiedono medicazioni giornaliere per il loro controllo.

2. **età ≥18 anni** con

- ☐ indice di massa corporea (BMI) ≥30
- ☐ malattia renale cronica in dialisi peritoneale o emodialisi
- ☐ diabete non controllato (Hba1c ≥ 9%) o con complicanze croniche
- ☐ immunodeficienze primitive
- ☐ immunodeficienza secondaria
- ☐ malattie cardio-cerebrovascolari (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo) **con età ≥55 anni**
- ☐ broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e/o altre malattie respiratori croniche **con età ≥55 anni**

Si invia il Paziente al Centro per somministrazione monoclonali anti-SARS-CoV-2

_____

Medico richiedente _____ Data _____

Timbro e Firma _____