

Infezione da SARS-Cov-2 in pazienti con Fibrosi Cistica
Scheda raccolta dati

Versione 1 del 30/03/2020

Centro/Ente:

Medico responsabile: Tel:

e-mail:

Paziente (sigla id.: num progr/FC/iniziali Es.: 01/FC/AZ) /FC/.....	Data di nascita/...../..... (aa/mm/aaaa)	Sesso [F] [M]
Residenza		

Dati precedenti l'infezione			
Peso (kg)	Altezza (cm)	BMI	
Insufficienza pancreatica	Si []	No []	
Colonizzazione respiratoria da <i>P. aeruginosa</i>			
Free []	Intermittente []	Cronica []	
Colonizzazione respiratoria da <i>Achromobacter xylooxidans</i>			
Free []	Intermittente []	Cronica []	
Colonizzazione respiratoria da <i>Maltophilia</i>			
Free []	Intermittente []	Cronica []	
Colonizzazione respiratoria da MRSA			
Free []	Intermittente []	Cronica []	
Colonizzazione respiratoria da <i>B. cepacia</i>			
Free []	Intermittente []	Cronica []	
Colonizzazione respiratoria da micobatteri non tubercolari			
Free []	Intermittente []	Cronica []	
Aspergillus	Si []	No []	
FEV1 (media degli ultimo tre test)		Ossigenoterapia (L/min)/NIV (ore/die)	
L	%		
Diabete	Epatopatia	Iperensione sistemica	Cardiopatia
Si [] No []	Si [] No []	Si [] No []	Si [] No []

Altre comorbidity	
Trapianto d'organo polmone <input type="checkbox"/> fegato <input type="checkbox"/> altri organi <input type="checkbox"/> Data:/...../..... (gg/mm/aaaa)	
Ongoing therapy	
Antibiotico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Azitromicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Steroidi orali/inalatori	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
modulatori CFTR	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Terapia immunosoppressiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Antipertensivi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo di farmaco.....
Antivirali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo di farmaco
FANS	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altre terapie di base	
Paziente vaccinato per influenza	Specificare tipo di vaccino
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Date:/...../..... (gg/mm/aaaa)	

Dati all'infezione da SARS-COV-2	
Documentato contatto COVID-19 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> residenza/permanenza/viaggio in aree epidemiche <input type="checkbox"/> Contatto con pazienti positivi <input type="checkbox"/> contatto con soggetti sospetti positive in aree epidemiche <input type="checkbox"/> Storia non chiara di contatto	
Data esordio primi sintomi :/...../..... (gg/mm/aaaa)	
Sintomi:	
Febbre:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Affaticamento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tosse:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Coriza:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Faringodinia:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Congiuntiviti:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dispnea:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altri	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Coinfezioni respiratorie	
Virus respiratori (aspirato nasofaringeo):	
Influenza A/B	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altri Coronavirus	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Metapneumovirus	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
RSV	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Rhino/Enterovirus	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Altre terapie (specificare):	
Ossigenoterapia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Supporto respiratorio (specificare tipo e durata):	
Intubazione e ventilazione invasiva:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Durata (gg).....
C-PAP:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Durata (gg).....
Alti flussi (HFNC):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Durata (gg).....
ECMO:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Durata (gg).....
Outcome della malattia:	
Guarigione <input type="checkbox"/>	Exitus <input type="checkbox"/>/...../..... (gg/mm/aaaa)
Fine dei sintomi/...../..... (gg/mm/aaaa)	Tampone SARS-CoV2 Negativo/...../..... (gg/mm/aaaa)
FEV1	
Alla dimissione	L %
A 6 mesi dall'infezione	L %
Test del cammino a 6 mesi dall'infezione	
Colturale escreato a 6 mesi dall'infezione <input type="checkbox"/> Invariato <input type="checkbox"/> Variazioni, specificare.....	
No. Di riacutizzazioni respiratory nei 6 mesi successivi alla malattia	
Accertamenti fine malattia (se disponibili)	Accertamenti nei 6 mesi dopo l'infezione (se disponibili)
<ul style="list-style-type: none"> • ΔFEV1 (vs best precedente) • LCI • SpO2 a riposo • ΔTest del cammino 	data/...../..... (gg/mm/aaaa) <ul style="list-style-type: none"> • ΔFEV1 (vs best precedente) • LCI • SpO2 a riposo • ΔTest del cammino