

**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: .....

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

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

<b>Altre comorbidity</b> .....	
<b>Trapianto d'organo</b> polmone <input type="checkbox"/> fegato <input type="checkbox"/> altri organi <input type="checkbox"/> Data: ..../...../..... (gg/mm/aaaa)	
<b>Ongoing therapy</b>	
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"/>
<b>Altre terapie di base</b>	
<b>Paziente vaccinato per influenza</b>	<b>Specificare tipo di vaccino</b>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Date: ..../...../..... (gg/mm/aaaa)	

<b>Dati all'infezione da SARS-COV-2</b>	
<b>Documentato contatto COVID-19</b> 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	
<b>Data esordio primi sintomi</b> : ..../...../..... (gg/mm/aaaa)	
<b>Sintomi:</b>	
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"/>
<b>Coinfezioni respiratorie</b>	
<b>Virus respiratori (aspirato nasofaringeo):</b>	
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"/>

Adenovirus	Si [ ]	No [ ]
Altri	Si [ ]	No [ ]
Specificare.....		
<b>Mycoplasma pneumonia</b>	Si [ ]	No [ ]
<b>Other</b>		
Specificare.....		
<b>Tampone positive per SARS-Cov2</b> <b>data</b> ...../...../.... (gg/mm/aaaa)		
<b>Ospedalizzazione</b> Si [ ]              No [ ]		
<b>Ospedale, reparto</b> .....		
<b>Terapia intensiva</b> Si [ ]              No [ ]		
<b>Esami ematici</b>	<b>Esordio sintomi</b>	<b>Ultima visita (secondo tampone neg)</b>
<b>Emogasanalisi:</b>		
pH		
pCO2		
pO2		
Base excess (BE)		
Lattati		
HCO3-		
<b>Emocromo</b>		
Globuli bianchi (x 10 <sup>9</sup> /l)		
Neutrofili (x 10 <sup>9</sup> /l)		
Linfociti (x 10 <sup>9</sup> /l)		
Emoglobina (g/l)		
Piastrine (x 10 <sup>9</sup> /l)		
PT (s)		
APTT (s)		
D-dimero (mg/l)		
Ferritin (mcg/L)		
Interleukin 6 ng/L		
PCR (mg/L)		
Procalcitonina (ng/mL)		
AST (IU/L)		
ALT (IU/L)		
Albumina (g/L)		
Creatinina (mmol/L)		
LDH (IU/L)		
<b>Terapia antivirale</b> Si [ ] No [ ]	Farmaco: ..... Dosaggio: .....	
<b>Terapia antibiotica</b> Si [ ] No [ ]	Farmaco: ..... Modalità di somministrazione: ..... Dosaggio: .....	

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