



**CENTRO STUDI** *GISED*



**Regione Lombardia**

**REGISTRO REGIONALE DI GRAVI EVENTI AVVERSI  
DERMATOLOGICI ATTRIBIBILI A FARMACI**

*REACT - Lombardia*

---

**Case Record Form - Questionario**

Intervista no.

**C S G**

ospedale numero

screening numero

SJS/TEN

AGEP

HSS/DRESS

ALTRO \_\_\_\_\_

**Questo è un documento riservato di grande importanza per la ricerca medica. In caso di smarrimento, chiunque lo trovi è cortesemente pregato di spedirlo al seguente indirizzo:**

**Centro Studi GISED  
- FROM – P.O. Matteo Rota**

***REACT - Lombardia***

---

Intervista no.  
**C S G**

**DATI DEL PAZIENTE**

Screening number

Età

regione e provincia di nascita

---

Sesso

maschio

femmina

Morte prima dell'intervista

no

sì

Partecipazione  
concordata con il paziente

registro

studio di coorte

## DATI DELL'OSPEDALE

Ospedale che segnala / dipartimento

\_\_\_\_\_

data di ricovero

--	--	--	--	--	--

## REPARTO DI TRATTAMENTO

1. Reparto ustionati

2. Dip. di Dermatologia

3. Reparto di terapia intensiva

4. Dip. di Pediatria

5. Medicina interna

6. Altro: \_\_\_\_\_

(specificare)

Trasferimento da uno o più ospedali all'ospedale che segnala/di cura

no

sì

non noto

Se sì, primo ospedale: \_\_\_\_\_

data di ricovero

--	--	--	--	--	--

Valutazione retrospettiva (indicare "sì" solo se l'intervista avviene dopo un mese dalla dimissione o dalla morte del paziente)

no

sì

Sviluppo della reazione cutanea

prima del ricovero

durante la degenza ospedaliera

## DIAGNOSI E DECORSO CLINICO

### Diagnosi di ammissione

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Data

sintomatologia clinica in ordine cronologico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Febbre**

no

sì

non noto

Se sì,

data di comparsa

data di normalizzazione

temperatura febbrile più alta (°C)

**SOLAMENTE NEI CASI DI SJS / TEN**

**SINTOMI CUTANEI**

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
Bruciore, dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Eritema, esantema Se sì,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- maculopapulare / morbilliforme		<input type="checkbox"/>			
- orticarioide		<input type="checkbox"/>			
- eritema esteso e diffuso (senza macule)		<input type="checkbox"/>			
- altro: _____ (specificare)		<input type="checkbox"/>			

	no	sì	non noto	data di comparsa	
Lesioni a bersaglio Se sì,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
- lesioni a bersaglio tipiche		<input type="checkbox"/>			<u>distribuzione:</u>
- lesioni a bersaglio atipiche in rilievo		<input type="checkbox"/>			principalmente arti <input type="checkbox"/>
- lesioni a bersaglio atipiche piatte		<input type="checkbox"/>			diffuse <input type="checkbox"/>
- macule					altro <input type="checkbox"/>
- tipo di lesioni a bersaglio non note		<input type="checkbox"/>			_____ (specificare)

	no	sì	non noto	data di comparsa
Bolle / erosioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Segno di Nikolski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Distacco epidermico > 5 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Localizzazione della prima bolla / erosione: \_\_\_\_\_

Massima estensione dell'eritema (percentuale in relazione al BSA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	data del picco	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Massima estensione del distacco (percentuale in relazione al BSA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\* se già risolto prima del ricovero

**C S G**

**SOLAMENTE NEI CASI DI SJS / TEN**

**SINTOMI MUCOSI**

	no	sì	non noto		
<b>Occhi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Se sì</b>				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore pungente, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- arrossamento		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- congiuntivite severa / blefarite		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- diagnosi di un oculista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data della diagnosi	
				<input type="text"/>	

Se sì, specificare \_\_\_\_\_

	no	sì	non noto		
<b>Labbra</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Se sì,</b>				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore pungente, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gonfiore, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- erosioni, croste emorragiche		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	no	sì	non noto		
<b>Mucosa orale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Se sì,</b>				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore pungente, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gonfiore, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- erosioni, croste emorragiche		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* se già risolto prima del ricovero

**C S G**

**SOLAMENTE NEI CASI DI SJS / TEN**

	no	sì	non noto		
<b>Mucosa genitale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Se sì,</b>				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gonfiore, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- erosioni, croste emorragiche		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
<b>Erosioni di altre mucose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

se già risolto prima del ricovero

C S G [ ][ ][ ][ ]

**SOLAMENTE NEI CASI DI AGEP**

**SINTOMI CUTANEI**

**Sintomi soggettivi**

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di risoluzione*
Bruciore, dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Eritema, esantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Se sì,

- eritema diffuso	<input type="checkbox"/>	<u>localizzazione dell'esantema:</u> principalmente pieghe cutanee <input type="checkbox"/> diffuso <input type="checkbox"/> viso <input type="checkbox"/> altro: <input type="checkbox"/> _____ (specificare)
- orticarioide	<input type="checkbox"/>	
- maculopapulare	<input type="checkbox"/>	
- porpora	<input type="checkbox"/>	
- lesioni a bersaglio	<input type="checkbox"/>	
- altro: _____ (specificare)	<input type="checkbox"/>	

**Massima estensione dell'esantema** [ ][ ][ ]  
(percentuale in relazione al BSA)

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di risoluzione*
<b>Edema del viso</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

\* se già risolto prima dell'intervista



C S G [ ][ ][ ][ ]

**SOLAMENTE NEI CASI DI AGEP**

**Pustole**                      no              sì              non noto  
                              

**Se sì,**

		data di comparsa	data di risoluzione*
- poche (< 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- molte (≥ 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- follicolari	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- non follicolari	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Localizzazione delle pustole:

- principalmente pieghe cutanee                
- escluse le pieghe cutanee                
- diffuse                
- viso                
- altro: \_\_\_\_\_   
   (specificare)

Bolle / distacco epidermico > 5cm      no              sì              non noto              data di comparsa              data di risoluzione\*  
                                                          

**Se sì,**

Massima estensione del distacco                
(percentuale in relazione al BSA)

Desquamazione post-pustolare              no              sì              non noto              data di comparsa              data di risoluzione\*  
                                                          

\* se già risolto prima dell'intervista

**C S G**

**SOLAMENTE NEI CASI DI AGEP**

**EROSIONI MUCOSE**

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di risoluzione*
Labbra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Genitali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ESAMI DI LABORATORIO**

- Leucociti

Al momento del ricovero: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l  non eseguito

Valore più alto: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l  data del picco

- Neutrofili

Al momento del ricovero: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l

Valore più alto: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l

- Eosinofili

Al momento del ricovero: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l

Valore più alto: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l

\* se già risolto prima dell'intervista

C S G [ ][ ][ ][ ]

**SOLAMENTE NEI CASI DI HSS / DRESS**

**SINTOMI CUTANEI**

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
Bruciore, dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Esantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Se sì,					
- maculopapulare / morbilliforme		<input type="checkbox"/>			
- orticarioide		<input type="checkbox"/>			
- eritema confluyente		<input type="checkbox"/>			
- dermatite esfoliativa		<input type="checkbox"/>			
- altro _____ (specificare)		<input type="checkbox"/>			
	no	sì	non noto		
Lesioni specifiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se sì,				data di comparsa	
- lesioni a bersaglio		<input type="checkbox"/>		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
- pustole		<input type="checkbox"/>		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
- porpora		<input type="checkbox"/>		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
- placche infiltrate		<input type="checkbox"/>		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
- lesioni eczematose		<input type="checkbox"/>		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	no	sì	non noto	data di comparsa	
Desquamazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
Bolle / erosioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
Segno di Nikolski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
				data del picco	
Massima estensione dell'eritema (percentuale in relazione al BSA)		[ ][ ][ ]		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
		[ ][ ][ ]		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
Massima estensione del distacco (percentuale in relazione al BSA)		[ ][ ][ ]		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	no	sì	non noto	data di comparsa	
Edema del viso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	

Altre localizzazioni dell'edema: \_\_\_\_\_  
(specificare)

\* se già risolto prima del ricovero

C	S	G				
---	---	---	--	--	--	--

**SOLAMENTE NEI CASI DI HSS / DRESS**

**SINTOMI MUCOSI**                      no                      sì                      non noto  
                                           

Se sì, specificare

	data di comparsa	data di normalizzazione*
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**CONTA LEUCOCITARIA**

Eosinofili 1500 / $\mu$ l                      no                      sì                      non eseguito                      data della diagnosi  
                                                                 

Linfociti atipici                                                                                       

\* se già risolto prima del ricovero



**SOLAMENTE NEI CASI DI HSS / DRESS**

**COINVOLGIMENTO DEGLI ORGANI A PARTIRE DA 2 SETTIMANE PRIMA DEL RICOVERO  
FINO AL MOMENTO DELL'INTERVISTA**

**CUORE / MUSCOLI**                      no              sì              non noto  
                                           

Se sì, specificare :

\_\_\_\_\_

data della diagnosi

- Dolore del torace                                                                 

data di comparsa

- Palpitazioni                                                                         

- ECG patologico                                                                    

Se sì, specificare :

\_\_\_\_\_

data della diagnosi

- Dolore muscolare o debolezza                                                  

data di comparsa

**TRATTO  
GASTROINTESTINALE**                                                                 

Se sì, specificare :

\_\_\_\_\_

data della diagnosi

- Dolore addominale                                                                 

data di comparsa

- Diarrea                                                                                 

- Disfagia                                                                                

**Ingrandimento della MILZA**                                                      

Se sì, specificare :

\_\_\_\_\_

data della diagnosi

- Linfonodi palpabili > 1cm  
(almeno in due localizzazioni)

## PER TUTTI I CASI

### ULTERIORI INFORMAZIONI PER CONFERMARE IL CASO

	no	sì	non noto
Fotografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosi di un dermatologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, specificare : \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

### PARAMETRI – SCORTEN (entro 3 giorni dal ricovero)

	no	sì	non eseguito
- Azotemia > 10 mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, valore più alto: _____ mmol/l			
- Glicemia > 14 mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, valore più alto: _____ mmol/l			
- Bicarbonati plasmatici < 20 mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, valore più basso: _____ mmol/l			
- Pulsazioni cardiache > 120 /min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	no	sì	non noto	data della diagnosi						
<b>Infezione da micoplasma</b> nei 2 mesi precedenti il ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

Se sì, metodi analitici:

- sierologia
- isolamento del microorganismo
- Imaging del torace

Intervista no.  
**C S G**

**SINTOMI / EVENTI VERIFICATISI NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'ATTUALE  
REAZIONE CUTANEA**

**Herpes labiale**

no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Soffre spesso di herpes labiale?**

no	sì	non noto	data dell'ultima manifestazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Herpes genitale**

no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Soffre spesso di herpes genitale?**

no	sì	non noto	data dell'ultima manifestazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\* se già risolto prima del ricovero



**SINTOMI / EVENTI VERIFICATISI NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'ATTUALE REAZIONE CUTANEA**

	no	sì	non noto		
<b>Infezioni</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Se sì,</b>					
normalizzazione*		<input type="checkbox"/>		data di comparsa	data di
- sindrome influenzale		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- rinofarigite / raffreddore comune		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- tonsillite		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- sinusite		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- otite acuta		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- bronchite acuta		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- polmonite		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gastroenterite acuta		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- cistite acuta		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* infezione batterica documentata		<input type="checkbox"/>			
* cistite antecedente		<input type="checkbox"/>			
- altra/e infezione/i		<input type="checkbox"/>			
_____				<input type="text"/>	<input type="text"/>
(specificare)					
_____				<input type="text"/>	<input type="text"/>
(specificare)					

**situazione HIV**

	no	sì	non noto
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, conta dei CD4 per µl (microlitro) più recente		<input type="text"/>	

\* se già risolto prima del ricovero

**HA MAI SOFFERTO IN PASSATO DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE?**

	no	sì	non noto	anno della prima manifestazione
- dermatite atopica / eczema infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

- ha avuto una diagnosi di psoriasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Grave reazione cutanea da farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

	no	sì	non noto
<b>Gravi patologie epatiche?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì,

\_\_\_\_\_  
(specificare)

	no	sì	non noto
<b>Gravi patologie renali?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì,

\_\_\_\_\_  
(specificare)

	no	sì	non noto
<b>Malattie reumatiche / autoimmuni?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì,

- artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	---

- lupus eritematoso sistemico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	---

- altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--------------------------	--------------------------	---

\_\_\_\_\_  
(specificare)

C S G [ ][ ][ ][ ]

**Altre patologie**

no      sì      non noto

anno della prima  
manifestazione

- Diabete mellito                       

- Patologia convulsiva / epilessia                       

- Rinite allergica                       

- Asma                       

- Malattia infiammatoria  
dell'intestino                       

  \* Colite ulcerosa                       

  \* Morbo di Crohn                       

- Patologie maligne / cancro                       

Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Terapia radiante**

no      sì      non noto

data della terapia  
più recente

Si è mai sottoposto a raggi X  
o a terapia radiante  
(non radiazioni UV)?                       

Se sì, per quale indicazione terapeutica?

- linfoma            \_\_\_\_\_  
(specificare)

- tumore cerebrale            \_\_\_\_\_  
(specificare)

- altra causa:            \_\_\_\_\_  
(specificare)

**ANAMNESI FARMACOLOGICA RELATIVA ALLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'OSPEDALIZZAZIONE**

data del ricovero

nessun uso di farmaci

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione Giorno mese anno	Termine dell'assunzione Giorno mese anno	Frequenza
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente      no      sì      non noto  
           

**Se sì**, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco      no      sì      non noto  
           

**Se sì**, specificare: \_\_\_\_\_

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione Giorno mese anno	Termine dell'assunzione Giorno mese anno	Frequenza
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente      no      sì      non noto  
           

**Se sì**, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco      no      sì      non noto  
           

**Se sì**, specificare: \_\_\_\_\_

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente      no      sì      non noto  
           

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco

no      sì      non noto  
           

Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FARMACOLOGICA RELATIVA ALLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'OSPEDALIZZAZIONE**

data del ricovero

nessun uso di farmaci

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente      no      sì      non noto  
           

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco

no      sì      non noto  
           

Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente                      no                      sì                      non noto

                                          

**Se sì**, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco                      no                      sì                      non noto                      **Se sì**, specificare: \_\_\_\_\_

                                          

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente                      no                      sì                      non noto

                                          

**Se sì**, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco                      no                      sì                      non noto                      **Se sì**, specificare: \_\_\_\_\_

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

assunzione precedente      no      sì      non noto

          

**Se sì**, ha avuto una qualsiasi reazione

no      sì      non noto

          

**Se sì**, specificare:

\_\_\_\_\_

avversa al farmaco

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

assunzione precedente      no      sì      non noto

          

**Se sì**, ha avuto una qualsiasi reazione  
avversa al farmaco

no      sì      non noto

          

**Se sì**, specificare:

\_\_\_\_\_

**Ha mai avuto una reazione avversa da farmaco?**

no

sì

non noto

Se sì,

Farmaco: \_\_\_\_\_

Tipo di reazione: \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_

Tipo di reazione: \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_

Tipo di reazione: \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_

Tipo di reazione: \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_

Tipo di reazione: \_\_\_\_\_



