INFORMAZIONI SULLO STUDIO	
Promotore	IRCCS, ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO Università degli studi di Milano-Bicocca Università degli Studi di Milano Società Italiana di Neurologia
Codice del protocollo	NEURO-COVID
Nome dello studio	Manifestazioni neurologiche durante infezione da n-CoV-19 (NEURO-COVID)
Versione pCRF	v. 1.0, 08/04/2020

TITOLO DELLO STUDIO
Manifestazioni neurologiche durante infezione da n-CoV-19 (NEURO-COVID)

CRITERI D' INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE
Criteri d' inclusione
1) Età superiore a 18 anni
Almeno uno dei due seguenti criteri
2) Positività al test (tampone) per COVID-19 e/o quadro sierologico compatibile e/o TC torace positiva per polmonite interstiziale compatibile con infezione da questo virus, indipendentemente dalla gravità dell'infezione e dalla necessità o meno di ospedalizzazione e sintomi e/o segni neurologici
3) Quadro clinico compatibile con COVID-19 (febbre>37.5, sintomi delle vie aeree superiori) e sintomi e/o segni neurologici in pazienti a domicilio (segnalato dal Medico di Medicina Generale)
Criteri di esclusione
1) Esplicito diniego alla partecipazione allo studio

Nome form	Istruzioni generali

Generali

Una CRF deve essere completata per ogni soggetto arruolato nello studio.
Per ragioni di confidenzialità, il nome e le iniziali del soggetto non devono apparire nella CRF.
Se la risposta ad una domanda è ignota, scrivere "NN" (Non Nota).
Se la domanda non è applicabile, scrivere "NA" (Non Applicabile).

Istruzioni di compilazione

Compilare tutti i campi con LETTERE MAIUSCOLE usando una penna blu o nera. Tutte le descrizioni e i commenti dovranno essere sintetici.
Rispondere esplicitamente ad ogni domanda; non usare abbreviazioni se non indicate come possibili risposte. Non lasciare alcuna domanda senza una risposta.

Correzione degli errori

Se viene inserito un errore, sbarrare la risposta sbagliata con una singola linea orizzontale in modo che risulti comunque leggibile, aggiungere accanto le iniziali del compilante, la data e l'ora della correzione. Non retrodatare. Non usare alcun tipo di correttore.

Tipologia dei campi e istruzioni di compilazione

Campo di testo libero: _____
Campo numerico: |___|___|___| . |___| (rispettare le posizioni decimali se applicabili. Se il numero delle caselle eccede il numero delle cifre lasciare lo spazio bianco, o inserire uno 0 nella prima casella sulla sinistra, decisione a vostra scelta.)
i.e. |___|_8_|_3_| . |_0_| Kg O |_0_|_8_|_3_| . |_0_| Kg
Radio button: ◯
(solo una scelta permessa, potete spuntare V o inserire una croce X nel radio button.)
i.e. Si Ⓧ No ◯ or Si Ⓥ No ◯
Check box:
(più scelte permesse, potete spuntare V o inserire una croce X nella check box.)
i.e. [X] Ossa [ ] Polmone [ ] Pelle o [X] Ossa [ ] Polmone [ ] Pelle
Date: |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__|
Il seguente formato dovrà essere usato per tutte le date GG-MMM-AAAA e.g. 05-Mag-2009.
I mesi dovranno essere abbreviati come segue:

Gennaio= GEN	Aprile= APR	Luglio= LUG	Ottobre= OTT
Febbraio= FEB	Maggio= MAG	Agosto= AGO	Novembre= NOV
Marzo = MAR	Giugno= GIU	Settembre=SET	Dicembre= DIC

i.e. |0|2|/|A|G|O|/|2|0|1|8|
G G / M M M / A A A A

Nome form	FLOW CHART – REGISTRAZIONE PAZIENTE - VISITA				
Sezioni pCRF	Evento No.	1	2	3	4
	Evento ID	Arruolamento	Dimissione	Primo follow-up	Secondo follow-up
	Unità di misure del tempo	0 giorni	NA	3 mesi	6 mesi
Registrazione paziente		X			
Criteri inclusione/ esclusione		X			
Dati demografici, Dati antropometrici		X			
Comorbidità		X			
Abitudini di vita		X			
Dati ricovero *		X			
Sintomatologia		X		X	X
Valutazione neurologica		X			
Quadro respiratorio			X		
Esami			X		
Outcome *			X		
Follow-up				X	X
Firma Medico reclutamento					X
Evento neurologico		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
Fine Studio		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			

* Applicabile solo per pazienti ospedalizzati

Nome form	REGISTRAZIONE DEL PAZIENTE

Nome sezione: Registrazione del paziente	
ID centro	|__|__|__|__|
Provenienza paziente	◯ Paziente ospedaliero ◯ Paziente domiciliare o altra struttura
Se "Provenienza paziente"= "Paziente domiciliare o altra struttura" **Nome Sottosezione: Paziente domiciliare o altra struttura**	
Tipologia visita	◯ Ambulatoriale ◯ Telefonica
Tipologia medico	◯ Medico di medicina generale ◯ Specialista di altra struttura
Se "Tipologia medico"= "Specialista di altra struttura", appare il campo "Specificare specialista di altra struttura"	
Specificare specialista di altra struttura	_____
Il paziente ha concesso il consenso informato?	◯ Si ◯ No ◯ Consenso dispensato
Se "Il paziente ha concesso il consenso informato?"= "Si" appare il campo "Data consenso informato"	
Data consenso informato	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Se "Il paziente ha concesso il consenso informato?"= "Si" e "Tipologia visita"= "Telefonica" appare il campo "Modalità consenso informato"	
Modalità consenso informato	◯ Cartaceo ◯ Telefonico
Se "Provenienza paziente"= "Paziente ospedaliero" e "Il paziente ha concesso il consenso informato?"= "Si" o "Consenso dispensato" appaiono i campi "Codice ricovero" e "Data ingresso ospedale"	
Codice ricovero	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Data ingresso ospedale	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Se "Il paziente ha concesso il consenso informato?"= "Si" o "Consenso dispensato" appare il campo "Codice fiscale"	
Codice fiscale	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome Sezione: Criteri inclusione/ esclusione	
Nome Sottosezione: Criteri inclusione	
1) Età uguale o superiore a 18 anni	◯ Si ◯ No
Almeno uno dei due seguenti criteri	
2) Positività al test (tampone) per COVID-19 e/o quadro sierologico compatibile e/o TC torace positiva per polmonite interstiziale compatibile con infezione da questo virus, indipendentemente dalla gravità dell'infezione e dalla necessità o meno di ospedalizzazione e sintomi e/o segni neurologici	◯ Si ◯ No
3) Quadro clinico compatibile con COVID-19 (febbre>37.5, sintomi delle vie aeree superiori) e sintomi e/o segni neurologici in pazienti a domicilio (segnalato dal Medico di Medicina Generale)	◯ Si ◯ No
Nome Sottosezione: Criteri esclusione	
1) Esplicito diniego alla partecipazione allo studio	◯ Si ◯ No
Valutazione eleggibilità	[ ] CAMPO CALCOLATO
Se Criteri inclusione "1)", "2)" e "3)" sono "Si" e Criterio esclusione "1)"= "No" **"Valutazione eleggibilità"= ELEGGIBILE** **Se uno dei Criteri inclusione è "No" e/o Criterio esclusione "1)"= "Si"** **"Valutazione eleggibilità"= Non eleggibile**	
Se "Valutazione eleggibilità"= "Non eleggibile" verrà mascherato tutto ad eccezione di Fine studio	

Nome form	DATI DEMOGRAFICI, DATI ANTROPOMETRICI – COMORBIDITA'

Nome sezione: Dati demografici, Dati antropometrici	
Se "Provenienza paziente"= "Ospedale" **Nome Sottosezione: Paziente ospedaliero**	
Data ingresso in ospedale	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Nome Sottosezione: Dati demografici	
Età al momento della visita	|__|__|__| anni
Attenzione: Criterio inclusione n. 3: Età superiore a 18 anni	
Sesso alla nascita	◯ Femmina ◯ Maschio
Nome Sottosezione: Dati antropometrici	
Altezza	|__|__|__| cm
Peso	|__|__|__| Kg
BMI	[ ] Campo calcolato

Nome sezione: Comorbidità		
Comorbidità da registrare?	◯ No ◯ Si	
Se "Comorbidità da registrare?"= "Si", appaiono i campi sottostanti		
Comorbidità	☐ Parkinson	☐ Declino cognitivo/ Demenza
	☐ Esiti Ictus	☐ Sclerosi Multipla
	☐ Polineuropatia	☐ Allergie o intolleranze
	☐ Miopatie/ malattie del motoneurone	
	☐ Ipertensione arteriosa	☐ Cerebropatia Vascolare
	☐ Pregresso Infarto del Miocardio	☐ Scompenso Cardiaco Congestizio
	☐ Diabete (senza complicanze)	☐ Diabete con danno d'organo
	☐ Patologia Vascolare Periferica	☐ Patologie Bronco-Polmonari Croniche
	☐ Insufficienza Renale Cronica Moderato-Grave (GFR < 59)	
	☐ Tumore Solido (non metastatico)	☐ Tumore Solido Metastatico
	☐ Malattia ematologica maligna	☐ Linfoma o Mieloma Multiplo
	☐ Patologia Epatica Moderato- Grave	☐ Altra immunodepressione (ad es. AIDS)
	☐ Patologia autoimmune	☐ Altra patologia
Se "Comorbidità"= "Altra patologia", appare il campo "Specificare altra patologia"		
Specificare altra patologia	_____	

Nome form	ABITUDINI DI VITA – TERAPIA/E IN ATTO ALL'ESORDIO DELLA SINTOMATOLOGIA COVID-19 – VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Nome sezione: Abitudini di vita	
Fumo di sigaretta	◯ Attualmente fuma ◯ Ex-fumatore ◯ Mai fumato ◯ Non noto
Alcool (bicchiere di vino o equivalente)	◯ Bevitore leggero/moderato (tre bicchieri al giorno) ◯ Forte bevitore (quattro o più bicchieri al giorno) ◯ Astemio ◯ Non noto
Sostanze stupefacenti	◯ No ◯ Cocaina ◯ Oppioidi ◯ Altro

Nome sezione: Terapia/e in atto all'esordio della sintomatologia COVID-19

# Farmaco	Nome farmaco * (principio attivo)	Dose	Unità di misura
1	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
2	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
3	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
4	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
5	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
6	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
7	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
8	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
9	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____
10	_____	|__|__|__|.|__|__|	_____

Nome Sottosezione: Valutazione neuropsicologica	
Valutazione neuropsicologica	◯ Non alterazioni cognitive ◯ Declino cognitivo (valutato con batteria di esami standard) ◯ Non effettuato ◯ Non disponibile
Caricare referto neuropsicologico	[ ] Campo upload

Fome form	QUADRO RESPIRATORIO

Nome sezione: Quadro respiratorio	
Il quadro respiratorio è stato trattato	☐ Senza ausili ventilatori ☐ Con CPAP ☐ Con intubazione
Se "Trattamento quadro respiratorio"= "Con CPAP", appare il campo "Durata di trattamento con CPAP"	
Durata di trattamento con CPAP (giorni)	|__|__|
Se "Trattamento quadro respiratorio"= "Con intubazione", appare il campo "Durata di trattamento con intubazione"	
Durata di trattamento con intubazione (giorni)	|__|__|
Durante l'acuzie respiratoria si sono verificate	☐ Significative alterazioni di Na o di K ☐ Prolungata ipossiemia ☐ Prolungate alterazioni metaboliche ☐ Arresto cardiaco ☐ Arresto respiratorio
Se "Durante l'acuzie respiratoria si sono verificate"= "Significative alterazioni di Na o di K", appare il campo "Durata alterazioni di Na o di K"	
Durata alterazioni di Na o di K (giorni)	|__|__|
Se "Durante l'acuzie respiratoria si sono verificate"= "Prolungata ipossiemia", appare il campo "Durata ipossiemia"	
Durata ipossiemia (giorni)	|__|__|
Se "Durante l'acuzie respiratoria si sono verificate"= "Prolungate alterazioni metaboliche", appare il campo "Durata alterazioni metaboliche"	
Durata alterazioni metaboliche (giorni)	|__|__|
Specificare quali alterazioni metaboliche	_____

Nome form	ESAMI DIAGNOSTICI

Nome sezione: Esami	
Nome Sottosezione: Esami ematochimici	
Esami ematochimici disponibili?	◯ Si ◯ No
Se "Esami ematochimici disponibili?"= "Si", appare la tabella "Esami ematochimici"	
Tabella: Esami ematochimici	
Esame ematochimico	Valore
Linfociti (10^3/µL)	|__|__|__|.|__|
PCR (mg/L)	|__|__|__|.|__|
CPK (U/L)	|__|__|__|.|__|
D-DIMERO (ng/mL)	|__|__|__|.|__|
Nome Sottosezione: Esame liquorale	
Rachicentesi	◯ Si ◯ No
Se "Rachicentesi"= "Si", appare il campo "Esito rachicentesi"	
Esito rachicentesi	◯ SARS-CoV- 2 presente ◯ SARS-CoV- 2 assente
Cellule	|__|__|__|__| numero/ µL
Proteine	|__|__|__|__| mg/dL
Nome Sottosezione: Diagnostica strumentale	
Sono disponibili esami diagnostici?	◯ Si ◯ No
Se "Sono disponibili esami diagnostici?"= "Si", compaiono i campi sottostanti	
RX/TAC torace	◯ Si ◯ No
Se "RX/TAC torace"= "Si", appare il campo "Interessamento del parenchima polmonare (massimo)"	
Interessamento del parenchima polmonare (massimo) (%)	|__|__|
EEG	◯ Normale ◯ Rallentato ◯ Epilettico specifico ◯ Stato di male ◯ Morte cerebrale
TAC encefalo/angio TC	☐ Lesione focale ☐ Lesione multifocale ☐ Atrofia ☐ Leucoaraiosi ☐ Edema ☐ Sovratentoriale ☐ Sottotentoriale
Carica referto TAC encefalo/angio TC	[ ] Campo upload
RMN encefalo/ midollo	☐ Lesione focale ☐ Lesione multifocale ☐ Atrofia ☐ Leucoaraiosi ☐ Sovratentoriale ☐ Sottotentoriale ☐ Lesione spinale ☐ Lesione demielinizzante ☐ Edema ☐ Nervi cranici
ENG/EMG	◯ Si ◯ No
Se "EMG"= "Si", appare il campo "Risultato ENG"	
Risultato ENG	◯ Nessuna radicolo/neuropatia ◯ Radicolo/ neuropatia sensitiva ◯ Radicolo/ neuropatia motoria ◯ Radicolo/ neuropatia sensitivo-motoria
Se "Risultato ENG" diverso da "Nessuna radicolo/neuropatia", appaiono i campi "Quadro"	
Quadro	◯ Assonale ◯ Demielinizzante ◯ Misto
Quadro EMG	◯ Normale ◯ Miopatico ◯ Neurogeno ◯ Misto

Fome form	OUTCOME

Nome sezione: Outcome *Appare se all' "Arruolamento" la "Provenienza paziente"= "Ospedale"	
Data dimissione	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Outcome dimissione	◯ Deceduto ◯ Sopravvissuto
Se "Outcome dimissione"= "Sopravvissuto", appare il campo "Destinazione post dimissione"	
Destinazione post dimissione	◯ Domicilio ◯ Trasferimento (riab./cure intermedie)
Se "Outcome dimissione"= "Deceduto", appaiono i campi "Destinazione post dimissione", "Causa decesso" e "Riscontro autoptico"	
Data decesso	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Causa decesso	☐ COVID-19 ☐ Patologia neurologica ☐ Altro
Se "Causa decesso"= "Altro", appare il campo "Specificare altra causa di decesso"	
Specificare altra causa di decesso	_____
Riscontro autoptico	◯ Si ◯ No
Se "Riscontro autoptico"= "Si", appare il campo "Specificare referto"	
Specificare referto	_____
Caricare referto autoptico	[ ] Campo upload
Nome Sottosezione: Terapia per COVID	
Terapia per COVID	☐ Antivirali ☐ Antimalarici ☐ Tocilizumab ☐ Altro
Se "Terapia per COVID"= "Antivirali", appare il campo "Specificare terapia antivirale"	
Specificare terapia antivirale	_____
Se "Terapia per COVID"= "Altro", appare il campo "Specificare altra terapia"	
Specificare altra terapia	_____

Nome form	FOLLOW-UP

Nome sezione: Follow-up a 3 mesi	
Data follow-up	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Tipo follow-up	◯ Visita ◯ Telefono
Status al follow-up	◯ Vivo ◯ Deceduto
Se "Status al follow-up"= "Deceduto", appaiono i camp "Data decesso" e "Causa decesso"	
Data decesso	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Causa decesso	☐ COVID-19 ☐ Patologia neurologica ☐ Altro
Se "Causa decesso"= "Altro", appare il campo "Specificare altra causa di decesso"	
Specificare altra causa di decesso	_____
Riscontro autoptico	◯ Si ◯ No
Se "Riscontro autoptico"= "Si", appare il campo "Specificare referto"	
Specificare referto	_____

Nome form	FOLLOW-UP

Nome sezione: Follow-up a 6 mesi	
Data follow-up	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Tipo follow-up	◯ Visita ◯ Telefono
Status al follow-up	◯ Vivo ◯ Deceduto
Se "Status al follow-up"= "Deceduto", appaiono i camp "Data decesso" e "Causa decesso"	
Data decesso	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Causa decesso	☐ COVID-19 ☐ Patologia neurologica ☐ Altro
Se "Causa decesso"= "Altro", appare il campo "Specificare altra causa di decesso"	
Specificare altra causa di decesso	_____
Riscontro autoptico	◯ Si ◯ No
Se "Riscontro autoptico"= "Si", appare il campo "Specificare referto"	
Specificare referto	_____

Nome form	EVENTO NEUROLOGICO

Nome sezione: Complicanza neurologica

Nome SottoSezione: Cefalea

Sintomo #	Intensità cefalea	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Lieve ◯ Moderata ◯ Severa	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Iposmia

Sintomo #	Tipo iposmia	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Lieve ◯ Severa (anosmia)	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

Nome SottoSezione: Ipogeusia

Sintomo #	Tipo ipogeusia	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Lieve ◯ Severa (ageusia)	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

ID studio : |_N|_E|_U|_R|_O|_-|_C|_O|_V|_I|_D|
ID centro : |__|__|__|__|__|__|__|__|
ID paziente : |__|__|__|__|

N° evento : |_NA_| ; **ID visita : Evento neurologico**

BiCRO-MO-019
V 1.0
25/03/2019

ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA
Sin SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Nome SottoSezione: Mialgie

Sintomo #	Tipo Mialgie	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Localizzata ◯ Diffuse	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Alterazioni cognitive

Sintomo #	Tipo alterazioni cognitive	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ MCI ◯ Demenza	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Alterazioni affettive e comportamentali

Sintomo #	Tipo alterazioni affettive e comportamentali	Specificare Disturbo comportamentale	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Depressione ◯ Disturbo comportamentale	_____	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Alterazione visiva

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Atassia

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Crisi comiziali

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

ID studio : |_N|_E|_U|_R|_O|_-|_C|_O|_V|_I|_D|
ID centro : |__|__|__|__|__|__|__|__|
ID paziente : |__|__|__|__|

N° evento : |_NA_| ; **ID visita : Evento neurologico**

BiCRO-MO-019
V 1.0
25/03/2019

ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA
Sin SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Nome SottoSezione: Stato di male epilettico

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Sospetta meningoencefalite

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Delirium ipocinetico

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

ID studio : |_N|_E|_U|_R|_O|_-|_C|_O|_V|_I|_D|
ID centro : |__|__|__|__|__|__|__|__|
ID paziente : |__|__|__|__|

N° evento : |_NA_| ; **ID visita : Evento neurologico**

BiCRO-MO-019
V 1.0
25/03/2019

Nome SottoSezione: Delirium ipercinetico

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Stupor

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Coma

Sintomo #	Glasgow Coma Scale	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	|__| MIN= 3 / Max= 15	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

ID studio : |_N|_E|_U|_R|_O|_-|_C|_O|_V|_I|_D|
ID centro : |__|__|__|__|__|__|__|__|
ID paziente : |__|__|__|__|

N° evento : |_NA_| ; **ID visita : Evento neurologico**

BiCRO-MO-019
V 1.0
25/03/2019

ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA
Sin SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Nome SottoSezione: Diplopia

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Ictus ischemico

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Ictus emorragico

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Ipo/areflessia

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Ipo/parestesia

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Ipostenia flaccida

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

ID studio : |_N|_E|_U|_R|_O|_-|_C|_O|_V|_I|_D|
ID centro : |__|__|__|__|__|__|__|__|
ID paziente : |__|__|__|__|

N° evento : |_NA_| ; **ID visita : Evento neurologico**

BiCRO-MO-019
V 1.0
25/03/2019

Nome SottoSezione: Neuralgia

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Vertigini

Sintomo #	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome SottoSezione: Altro

Sintomo #	Specificare altra complicanza neurologica	Quando è comparso rispetto a COVID-19?	Data insorgenza	Sintomo ancora presente?	Data fine	Esito	Se Esito= Lieve o grave, Specificare	Eventuali terapie
1	_____	◯ Esordio ◯ Acuzie ◯ Dopo COVID-19	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Si ◯ No	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A	◯ Recupero completo ◯ Lieve ◯ Grave	_____	_____

+ Add

Nome form	FINE STUDIO - FIRMA MEDICO

Nome sezione: Fine studio	
Il paziente ha terminato di partecipare allo studio o si è ritirato dallo studio?	O Si O No
Qual è la data in cui il paziente ha terminato di partecipare allo studio?	|__|__|-|__|__|__|-|__|__|__|__| G G - M M M - A A A A
Qual è il motivo che ha causato il termine di partecipazione allo studio?	O Fallimento allo screening (specificare sotto) O Ritiro del consenso informato O Perso al follow-up O Morto O Nell' interesse del paziente (specificare sotto) O Violazione protocollo (specificare sotto) O Altro (specificare sotto) O Specificare:_____
Qual è stata l' ultima visita del paziente?	O V1 – Arruolamento O V2 – Dimissione O V3 – Primo follow-up O V4 – Secondo follow-up

Nome sezione: Firma Medico reclutante	
Firmando questo form io dichiaro, quanto ad accuratezza e completezza, che ho inserito e rivisto i dati della CRF e che le informazioni riflettono quanto registrato nella cartella clinica.	
Quando ha firmato il Medico reclutante?	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| G G / M M M / A A A A
Firma del medico reclutante	_____
Qual è il nome ed il cognome del Medico reclutante?	_____