**Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e**

**Fa.B.E.D. - Associazione Famiglie di Bambini con Ernia Diaframmatica**

**Ernia Diaframmatica Congenita (CDH) e COVID-19**

**Sezione 1 – Informazioni Generali**

1. Iniziali di vostro figlio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Età attuale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Città di residenza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Peso attuale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Sesso
* M
* F
1. Numero di conviventi (escluso il figlio)
* 1
* 2
* 3
* > 3
1. Esami diagnostici pre-natali
* Ecografia
* Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
* Entrambe
* Nessuna (diagnosi post-natale)
1. Lato del difetto
* Destro
* Sinistro
* Bilaterale
1. Malattie associate
* Nessuna
* Patologia Cardiaca
* Patologia renale
* Patologia intestinale
* Malformazione congenita polmonare
* Ipertensione polmonare
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Vostro figlio è stato sottoposto a procedure fetali (ad es. occlusione con palloncino tracheale - FETO, shunt…)?
* No
* Si
1. Tipo di parto
* Vaginale
* Cesareo**Sezione 2 - Chirurgia**
1. Data dell’intervento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Età del bambino all’intervento (giorni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tecnica chirurgica
* Open/tradizionale con approccio addominale
* Open/tradizionale con approccio toracico
* Approccio video-laparoscopico
* Approccio video-toracoscopico
1. Riparazione del diaframma con patch
* Si
* No
* Altre opzioni, quali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Chiusura dell’addome con patch
* Si
* No
1. Necessità di ECMO (Extra-Corporeal Membrane Oxygenation)
* Si
* No
1. Comparsa di recidiva post-operatoria
* Si
* No
1. Vostro figlio è stato successivamente sottoposto ad ulteriori interventi chirurgici?
* Si
* No

Se si, specificare che tipo di procedura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione 3 – Terapie e vaccini**

1. Terapie attuali
* Nessuna
* Antibiotico
* Aerosol
* Corticosteroidi
* Broncodilatatori
1. Vostro figlio ha eseguito il vaccino influenzale la scorsa stagione?
* Si
* No
1. Vostro figlio è attualmente in trattamento con palivizumab (Synagis®)
* Si
* No

**Sezione 4 – Palivizumab (Synagis®) (solo se avete risposto “Si” alla domanda num. 22)**

1. Data dell’ultima somministazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione 5 – Informazioni Cliniche riferite al periodo della pandemia da COVID-19**

**Le risposte alle domande specifiche sulla infezione da COVID-19 di questa Sezione devono riferirsi esclusivamente al periodo della pandemia, cioè da Febbraio 2020**

1. Le condizioni generali di vostro figlio sono state sempre buone durante il periodo di studio?
* Si
* No
1. Vostro figlio ha avuto febbre?
* Si, più alta di 37,5°C
* Si, più alta di 38°C
* Si, più alta di 39°C
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha lamentato perdita di gusto e/o olfatto?
* Si, olfatto
* Si, gusto
* Si, entrambi
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto tosse?
* Si, persistente
* Si, saltuaria
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto dolore muscolare?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha lamentato affaticamento o stanchezza?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto la congiuntivite?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto diarrea o dolore addominale?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto inappetenza o calo di appetito?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto sintomi influenzali?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha avuto altri sintomi, oltre a quelli riportati precedentemente?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate la data di inizio e la durata in giorni
2. Se avete risposto sì alla domanda precedente, indicate che tipo di sintomi (opzionale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione 6 – Percorso diagnostico e terapeutico del COVID-19**

**Le risposte alle domande specifiche di questa Sezione devono riferirsi esclusivamente al periodo della pandemia, cioè da Febbraio 2020**

1. Vostro figlio è stato sottoposto ad aspirato o tampone nasofaringeo per SARS-CoV2?
* Si
* No
1. Se si, specificare data e motivi dell’esame

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Risultati del tampone/aspirato naso-faringeo
* Positivo
* Negativo
1. Vostro figlio ha eseguito ulteriori esami (più di uno) tamponi?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate il numero di tamponi eseguiti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vostro figlio ha eseguito esami radiologici per la ricerca di segni di infezione da Covid-19?
* Si, RX torace
* Si, TAC torace
* Si, entrambi
* No
1. Se avete risposto si, specificate i risultati degli esami radiologici
* Negativi (nessun segno patologico)
* Polmonite interstiziale destra
* Polmonite interstiziale sinistra
* Polmonite interstiziale bilaterale
* Altri segni o diagnosi radiologica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Vostro figlio ha eseguito esami ematici per il dosaggio degli anticorpi da SARS-CoV2?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificate i risultati
* Negativi (nessun segno patologico)
* Positivi
* Dubbi
1. Vostro figlio è stato ricoverato per complicanze da COVID-19?
* Si
* No
1. In che reparto è stato ricoverato vostro figlio?
* Pediatria
* Chirurgia pediatrica
* Terapia intensive pediatrica/neonatale (TIP/TIN)
1. Specificare la durata del ricovero (giorni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Specificare le terapie eseguite

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione 7 – Contatti con persone positive ed esposizione a COVID-19**

1. Vostro figlio ha avuto contatti con persone positive al COVID-19?
* Si
* No
1. Se avete risposto si, specificare se coabitanti
* Si
* No
1. Avete fatto uscire di casa vostro figlio durante la pandemia?
* Si
* No
1. Vostro figlio ha preso mezzi pubblici durante la pandemia?
* Si
* No

**Sezione 8 – Commenti**

1. Avete gradito la partecipazione a questo questionario?
* Si, molto
* Si, abbastanza
* Poco
* No
1. Volete aggiungere commenti o suggerimenti per migliorare futuri questionari?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grazie per la vostra gentile collaborazione.

da inviare all'indirizzo mail: francesco.macchini@policlinico.mi.it

FaBED - Famiglie normali davvero Eccezionali!