

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

N° visita : |_|_|; ID visita : Arruolamento

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



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

Generale

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

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

N° visita : |_1_| ; ID visita : Arruolamento

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



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 Si⓪ No○			
Check box: (più scelte permesse, potete spuntare V o inserire una croce X nella check box.) i.e. <input checked="" type="checkbox"/> Ossa <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Pelle o <input checked="" type="checkbox"/> Ossa <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> 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
Febbraio= FEB		Maggio= MAG	Agosto= AGO
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			

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ - | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |

ID centro : | | | | | | | | | | | | |

ID paziente : | | | | | | |

N° visita : | _ 1 | ; ID visita : Arruolamento

BiCRO-MO-019

V 1.0

25/03/2019



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	<input type="radio"/> Ambulatoriale	<input type="radio"/> Telefonica
------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Tipologia medico	<input type="radio"/> Medico di medicina generale	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Cartaceo	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Almeno uno dei due seguenti criteri

2) Positività al test (tampono) 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	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---	--------------------------	--------------------------

Nome Sottosezione: Criteri esclusione	
--	--

1) Esplicito diniego alla partecipazione allo studio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> 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

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ - | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
 ID centro : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 ID paziente : | _ | _ | _ | _ |

N° visita : | _ 1 | _ | ; ID visita : Arruolamento

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



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	<input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio
--------------------	---

Nome Sottosezione: Dati antropometrici

Altezza	_ _ _ cm
Peso	_ _ _ Kg
BMI	<input type="text"/> Campo calcolato

Nome sezione: Comorbidity

Comorbidity da registrare?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
----------------------------	---

Se "Comorbidity da registrare?" = "Si", appaiono i campi sottostanti

Comorbidity	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Declino cognitivo/ Demenza
	<input type="checkbox"/> Esiti Ictus	<input type="checkbox"/> Sclerosi Multipla
	<input type="checkbox"/> Polineuropatia	<input type="checkbox"/> Allergie o intolleranze
	<input type="checkbox"/> Miopatie/ malattie del motoneurone	
	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Cerebropatia Vascolare
	<input type="checkbox"/> Pregresso Infarto del Miocardio	<input type="checkbox"/> Scopenso Cardiaco Congestizio
	<input type="checkbox"/> Diabete (senza complicanze)	<input type="checkbox"/> Diabete con danno d'organo
	<input type="checkbox"/> Patologia Vascolare Periferica	<input type="checkbox"/> Patologie Bronco-Polmonari Croniche
	<input type="checkbox"/> Insufficienza Renale Cronica Moderato-Grave (GFR < 59)	
	<input type="checkbox"/> Tumore Solido (non metastatico)	<input type="checkbox"/> Tumore Solido Metastatico
	<input type="checkbox"/> Malattia ematologica maligna	<input type="checkbox"/> Linfoma o Mieloma Multiplo
	<input type="checkbox"/> Patologia Epatica Moderato- Grave	<input type="checkbox"/> Altra immunodepressione (ad es. AIDS)
	<input type="checkbox"/> Patologia autoimmune	<input type="checkbox"/> Altra patologia

Se "Comorbidity" = "Altra patologia", appare il campo "Specificare altra patologia"

Specificare altra patologia	<input type="text"/>
-----------------------------	----------------------

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ - | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
 ID centro : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 ID paziente : | _ | _ | _ | _ | _ |
 N° visita : | _ 2 _ | ; ID visita : Dimissione *

BiCRO-MO-019 V 1.0 25/03/2019	 Sin <small>SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA</small>
-------------------------------------	---

Fome form QUADRO RESPIRATORIO

Nome sezione: Quadro respiratorio	
Il quadro respiratorio è stato trattato	<input type="checkbox"/> Senza ausili ventilatori <input type="checkbox"/> Con CPAP <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Significative alterazioni di Na o di K <input type="checkbox"/> Prolungata ipossiemia <input type="checkbox"/> Prolungate alterazioni metaboliche <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> 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	<hr/>

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
ID centro : | | | | | | | | | | | | | | |
ID paziente : | | | | | | | | | | | | | | |
N° visita : | _ 2 | ; ID visita : Dimissione *

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



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	<input type="radio"/> SARS-CoV- 2 presente	<input type="radio"/> 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

<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Rallentato
<input type="radio"/> Epilettico specifico	<input type="radio"/> Stato di male
<input type="radio"/> Morte cerebrale	

TAC encefalo/angio TC

<input type="checkbox"/> Lesione focale	<input type="checkbox"/> Lesione multifocale
<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Leucoaraiosi
<input type="checkbox"/> Edema	
<input type="checkbox"/> Sovratentoriale	<input type="checkbox"/> Sottotentoriale

Carica referto TAC encefalo/angio TC

Campo upload

RMN encefalo/ midollo

<input type="checkbox"/> Lesione focale	<input type="checkbox"/> Lesione multifocale
<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Leucoaraiosi
<input type="checkbox"/> Sovratentoriale	<input type="checkbox"/> Sottotentoriale
<input type="checkbox"/> Lesione spinale	<input type="checkbox"/> Lesione demielinizante
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Nervi cranici

ENG/EMG Si No

Se "EMG" = "Si", appare il campo "Risultato ENG"

Risultato ENG

<input type="radio"/> Nessuna radicoloneuropatia
<input type="radio"/> Radicoloneuropatia sensitiva
<input type="radio"/> Radicoloneuropatia motoria
<input type="radio"/> Radicoloneuropatia sensitivo-motoria

Se "Risultato ENG" diverso da "Nessuna radicoloneuropatia", appaiono i campi "Quadro"

Quadro Assonale Demielinizante Misto

Quadro EMG Normale Miopatico Neurogeno

Misto

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
ID centro : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
ID paziente : | _ | _ | _ | _ |
N° visita : | _ 2 _ | ; ID visita : Dimissione *

BiCRO-MO-019 V 1.0 25/03/2019	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
	UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
	BICOCCA UNIVERSITÀ CENTRO
Sin SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA	

Fome form	OUTCOME
-----------	---------

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

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ - | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
ID centro : | | | | | | | | | | | | | | | |
ID paziente : | | | | | |

N° evento : | _ N A | ; ID visita : Evento neurologico

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



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	<input type="radio"/> Localizzata <input type="radio"/> Diffuse	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> MCI <input type="radio"/> Demenza	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Depressione <input type="radio"/> Disturbo comportamentale	_____	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
+ Add									

ID studio : |_N|_E|_U|_R|_O|_|_C|_O|_V|_I|_D|
 ID centro : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 ID paziente : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 N° evento : |_N_A_| ; ID visita : Evento neurologico

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



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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
+ Add							

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ - | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
 ID centro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 ID paziente : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 N° evento : | _ N A _ | ; ID visita : Evento neurologico


 ISTITUTO
AUXOLOGICO
 ITALIANO
Istituto di ricerca e cura e centro scientifico
 UNIVERSITÀ
 DEGLI STUDI
 DI MILANO
BICOCCA

 SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

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

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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; background-color: #007bff; color: white; padding: 5px 10px;">+ Add</div>							

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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; background-color: #007bff; color: white; padding: 5px 10px;">+ Add</div>							

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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ G G / M M M / A A A A	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; background-color: #007bff; color: white; padding: 5px 10px;">+ Add</div>							

ID studio : | _ N | _ E | _ U | _ R | _ O | _ - | _ C | _ O | _ V | _ I | _ D |
 ID centro : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 ID paziente : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 N° evento : | _ N A _ | ; 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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small> G G / M M M / A A A A </small>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small> G G / M M M / A A A A </small>	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
<input type="button" value="+ 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	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small> G G / M M M / A A A A </small>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small> G G / M M M / A A A A </small>	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
<input type="button" value="+ Add"/>							

Nome SottoSezione: Altro								
Sintomo #	Specificare altra complicità 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	_____	<input type="radio"/> Esordio <input type="radio"/> Acuzie <input type="radio"/> Dopo COVID-19	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small> G G / M M M / A A A A </small>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small> G G / M M M / A A A A </small>	<input type="radio"/> Recupero completo <input type="radio"/> Lieve <input type="radio"/> Grave	_____	_____
<input type="button" value="+ Add"/>								

