

ITACA BOARD

Mauro Cancian, MD, PhD
President
mcancian@unipd.it

Andrea Zanichelli, MD, PhD
Vice-President, Treasurer
andrea.zanichelli@unimi.it

Francesco Arcoleo, MD
Secretary
francescoarcoleo@alice.it

Roberto Perricone, MD
roberto.perricone@uniroma2.it

Massimo Triggiani, MD, PhD
mtriggiani@unisa.it

REFERENCE CENTERS

- Ancona
Alessandra Zoli, MD
- Aosta
Paolo Borrelli, MD
- Bari
Vincenzo Montinaro, MD
- Cagliari
Davide Firinu, MD, PhD
- Catania
Sergio Neri, MD
- Civitanova Marche
Stefano Pucci, MD
- Firenze
Oliviero Rossi, MD
- Foggia
Maurizio Margaglione, MD
- Genova
Donatella Bignardi, MD, PhD
- Messina
Paolina Quattrocchi, MD
- Milano Maugeri
Francesca Perego, MD, PhD
- Milano Sacco
Andrea Zanichelli, MD, PhD
- Napoli
Giuseppe Spadaro, MD
- Padova
Mauro Cancian, MD, PhD
- Palermo
Francesco Arcoleo, MD
- Pescara
Caterina Colangelo, MD
- Pisa
Isabella Del Corso, MD
- Roma
Roberto Perricone, MD
- Salerno
Massimo Triggiani, MD, PhD
- Sassari
Luisa Fenu, MD
- Torino
Luisa Brussino, MD

SCHEDA ATTACCO ANGIOEDEMA

Nome e Cognome / Peso: _____ Kg _____

Data dell'attacco e durata

- Data di inizio (GG/MM/AA): ____/____/____ Ora di inizio (h , min): _____, _____
- Data della fine (GG/MM/AA): ____/____/____ Ora di inizio (h , min): _____, _____

Accesso in PS / Ricovero in Ospedale:

- NO
- SI Permanenza in PS / Ospedale 0-4 ore 5-24 ore > 24ore

Localizzazione (indicare il sito o i siti - se multipli - dell'attacco):

- Cute Viso/collo Cavo orale/Gola/Laringe
- Addome Genitali Altra sede: _____

Gravità (indicare il grado di severità dell'attacco):

- Lieve (nessuna interferenza con le attività quotidiane)
- Moderata (parziale interferenza con le attività quotidiane)
- Grave (completa interferenza con le attività quotidiane)

Trattamento (indicare se l'attacco è stato trattato)

- NO
- SI Indicare farmaco, dose, data e ora di somministrazione
- Berinert 500 U numero di fiale: ____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____
- Berinert 1500 U numero di fiale: ____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____
- Cinryze 1000 U numero di fiale: ____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____
- Rhucin 2100 U numero di fiale: ____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____
- Firazyr 30 mg numero di fiale: ____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____
- Altro. Specificare: _____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____
Specificare: _____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____

Ulteriore trattamento dello stesso attacco:

- NO
- SI Farmaco: _____
Numero di fiale: ____ Data: ____/____/____ Ora: _____, _____

Modalità di somministrazione:

- Autosomministrazione
- Personale sanitario o care giver (familiari, conoscenti)