ITALIAN NETWORK FOR HEREDITARY AND ACQUIRED ANGIOEDEMA

**ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE**

Via Nicola d’Apulia 9, I-20125 Milano, Italy C.F. 97869950150 C/C Banca Intesa San Paolo, IBAN: IT69M0306909606100000173205, BIC-SWIFT: BCITITMM

[www.angioedemaitaca.org](http://www.angioedemaitaca.org/)

**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*

# 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: \_
* Salerno

*Massimo Triggiani, MD, PhD*

* Sassari

*Luisa Fenu, MD*

* Torino

*Luisa Brussino, MD*

Numero di fiale: \_ Data: \_/ \_\_/ Ora: ,

# Modalità di somministrazione:

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