

## SCHEDA ANAMESTICA VACCINAZIONE – ANTI COVID-19

### 2<sup>A</sup> DOSE

Denominazione Vaccino \_\_\_\_\_

**Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione prima della somministrazione della seconda dose**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ SESSO M  F

CF \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

È attualmente malato?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Ha febbre?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del Sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi ha mai assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es. cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Sta allattando?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---

ANAMNESI COVID CORRELATA			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil- influenzali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Dolore addominale/diarrea?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
Test COVID-19: Nessun test COVID-19 recente Test COVID-19 negativo (Data: _____) Test COVID-19 positivo (Data: _____) In attesa di test COVID-19 (Data: _____)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>

- Riferisce, in aggiunta all'anamnesi precedentemente dichiarata, eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute attuale? **NO**

**SI**  Se sì, definire \_\_\_\_\_

Riferisce effetti collaterali dalla prima dose? **NO**

**SI**  Se sì, quale/i? (descrizione dettagliata del tipo di evento, gravità, data ed ora dell'insorgenza, data della cessazione, eventuali interventi intrapresi / farmaci assunti, valore parametri vitali eventualmente rilevati)

---



---



---



---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando

Timbro Firma del Medico vaccinatore