C

Vaccinazione Anti-Covid 19

Scheda Anamnestica

Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui l'etichetta adesiva

Anamnesi

Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

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

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Scheda Anamnestica

Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- ☐ Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
- ☐ Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
- ☐ Dolore addominale/diarrea?
- ☐ Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

4 Test COVID-19:

- ☐ **Nessun test** COVID-19 recente
- ☐ Test COVID-19 **negativo** in data: ____ / ____ / _____
- ☐ Test COVID-19 **positivo** in data: ____ / ____ / _____
- ☐ **In attesa** di test COVID-19 in data: ____ / ____ / _____

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____