

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare da chi richiede il vaccino e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione

Cognome e Nome	Data di nascita	Telefono		
ANAMNESI			SI	NO
Attualmente è malato?				
Ha la febbre?				
Soffre di allergie a lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? Se sì, specificare:.....				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?				
Negli ultimi tre mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
Per le donne: sta allattando?				
ANAMNESI COVID19 - CORRELATA				
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 (positiva a Sars-Cov2) o affetta da COVID-19?				
Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
• tosse/raffreddore/dispnea/ sintomi simil-influenzali?				
• mal di gola, perdita dell'olfatto o del gusto?				
• dolore addominale/diarrea?				
• lividi anomali o sanguinamento/arrossamento agli occhi?				

Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		
Ha effettuato un test COVID-19? <ul style="list-style-type: none"> • Nessun test COVID-19 • Test COVID-19 negativo in Data • Test COVID-19 positivo in Data • In attesa di test COVID-19 effettuato in Data..... 		
Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo, ed in particolare quelli anticoagulanti:		
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:		
PER CHI ESEGUE LA SECONDA DOSE		
Ha avuto qualche reazione dopo la prima dose di vaccino anti COVID -19 ? Se sì, specificare.....		

Data

Firma del vaccinando

Firma del sanitario che raccoglie la anamnesi

.....

.....

