VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

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

Nome e Cognome: data di nascita:			Telefono: Categoria di rischio:		
Anamnesi	**SI**	**NO**		**SI**	**NO**
Attualmente è malato?			Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?		
Ha febbre?			Manifesta uno dei seguenti sintomi:		
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:			Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			Dolore addominale/diarrea?		
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?		
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?			Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			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: _____)		
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?					
- sta allattando?					

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:

_____

_____

_____

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

_____

_____

Data

firma personale sanitario