



## VACCINAZIONE ANTI-COVID SCHEDA ANAMNESTICA

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

ANAMNESI	SI'	NO	NON SO
Attualmente è malata/o?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al 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?			
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 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			

ANAMNESI	SI'	NO	NON SO
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? _____ _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Per le donne: • E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
• Sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, 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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>ANAMNESI COVID correlata</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
<b>Nell'ultimo mese è stata/o a contatto con una persona contagiata da Covid-19 o affetta da Sars-CoV2?</b>			
<b>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</b>			
<b>• Mal di gola o perdita dell'olfatto o del gusto</b>			
<b>• Dolore addominale/diarrea</b>			
<b>• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi</b>			
<b>Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</b>			

## ANAMNESI COVID correlata

### 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:\_\_\_\_\_)

## Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome\_\_\_\_\_

Ruolo\_\_\_\_\_

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma\_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome\_\_\_\_\_

Ruolo\_\_\_\_\_

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma\_\_\_\_\_