SCHEDA ANAMNESTICA VACCINAZIONE ANTI-COVID



|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** |
| **DATA DI NASCITA** | **TELEFONO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ANAMNESTICA** | **SI** | **NO** | **NON LO SO** |
| Attualmente è malato? |  |  |  |
| Ha febbre? |  |  |  |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si, specificare: |  |  |  |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? |  |  |  |
| Soffre di malattie cardiache, asma, altre malattie polmonari, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? |  |  |  |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es.: cancro,leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? |  |  |  |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario(es.: cortisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? |  |  |  |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline o farmaci antivirali? |  |  |  |
| Ha attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? |  |  |  |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se si, quale/i? |  |  |  |
| Per le donne: |
| * E’ in cinta o sta pensando di intraprendere una gravidanza 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: |
| **ANAMNESI COVID CORRELATA** | **SI** | **NO** | **NON LO SO** |
| Nell’ultimo mese è stato a contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 oaffetta da COVID-19? |  |  |  |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi: |  |  |  |
| * Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?
 |  |  |  |
| * Mal di gola/perdita dell’olfatto o del gusto?
 |  |  |  |
| * Dolore addominale/diarrea?
 |  |  |  |
| * Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
 |  |  |  |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell’ultimo mese? |  |  |  |
| **Test COVID-19:** |
| Ha effettuato recentemente il Test COVID-19?* Se Si:
 |  |  |  |
| Test COVID-19 NEGATIVO | Data: |  |
| Test COVID-19 POSITIVO | Data: |  |
| In attesa di Test COVID-19 | Data: |  |
| Riferisca eventuali atre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute: |