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 o  affetta 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: | | | | | |