**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: | Telefono: |
| **Anamnesi** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
| Attualmente è malato? |  |  |  |
| Ha febbre? |  |  |  |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci oai componenti del vaccino?Se sì, specificare:…………………….…………………… |  |  |  |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevutoun vaccino? |  |  |  |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma,malattie renali, diabete, anemia o altre malattie delsangue? |  |  |  |
| Si trova in una condizione di compromissione delsistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia,linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? |  |  |  |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci cheindeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? |  |  |  |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione disangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaciantivirali? |  |  |  |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema alcervello 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 mesesuccessivo alla prima o alla secondasomministrazione? |  |  |  |
| - 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 SO** |
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? |  |  |  |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi: |
| * Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
 |  |  |  |
| * 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:* Nessun test COVID-19 recente
* Test COVID-19 negativo

 (Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* Test COVID-19 positivo

 (Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* In attesa di test COVID-19

(Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |  |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e firma dell’interessato/a

Data e firma dell’Operatore Sanitario