



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

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

- 1 Attualmente è malato? SI NO NON SO
-
- 2 Ha febbre? SI NO NON SO
-
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ SI NO NON SO
-
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI NO NON SO
-
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? SI NO NON SO
-
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI NO NON SO
-
- 7 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? SI NO NON SO
-
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? SI NO NON SO
-
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? SI NO NON SO
-
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SI NO NON SO

Per le donne:

- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SI NO NON SO
-
- 12 Sta allattando? SI NO NON SO

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

*Anamnesi COVID-correlata*

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? SI NO NON SO

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi: (barrare la casella solo in caso di risposta affermativa)

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?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI NO NON SO

4 Test COVID-19:

Nessun test COVID-19 recente

Test COVID-19 **negativo** in data: ___ / ___ / ____

Test COVID-19 **positivo** in data: ___ / ___ / ____

In attesa di test COVID-19 in data: ___ / ___ / ____

(nel caso di pregressa positività al CoViD-19 indicare la data ed allegare referto del primo tampone positivo)

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

1^ dose Vaccino _____ in data _____ Luogo _____

2^ dose Vaccino _____ in data _____ Luogo _____

3^ dose Vaccino ADDIZIONALE (almeno 28 gg dalla seconda)

BOOSTER (almeno 6 mesi dalla seconda)

x

→ **Firma utente** _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma Medico _____