

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:		
Data e luogo di nascita:		
ANAMANESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al latte, 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? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)				
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?				
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?				
Per le donne:		SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta 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 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				
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data:))				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data:))				
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data:))				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

NOME e COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?

NO

SI'

Se hai risposto NO, non devi proseguire a rispondere alle altre domande. Fermati qui.

Se hai risposto SI', continua a leggere e indica TUTTI i sintomi che hai avuto tra quelli sotto riportati.

Nelle colonne a destra, per ciascun sintomo riportato, indica quanto tempo dopo l'iniezione è comparso quel sintomo e quanto tempo dopo l'iniezione è scomparso.

Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino	Epoca di COMPARSA del sintomo	Epoca di SCOMPARS A del sintomo
<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Arrossamento	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____

Sintomi GENERALI	Epoca di COMPARSA del sintomo	Epoca di SCOMPARS A del sintomo
<input type="checkbox"/> Senso di stanchezza	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____

<input type="checkbox"/> Febbre fino a 38°C	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Febbre superiore a 38°C	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Dolori muscolari o articolari diffusi	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Ingrossamento di ghiandole linfatiche	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Aumento della pressione arteriosa	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Prurito diffuso	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino.

DATA _____

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale
