



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

AnamnesiApplica qui
l'etichetta
adesiva**Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**

- 1 Attualmente è malato? SÌ NO NON SO
- 2 Ha febbre? SÌ NO NON SO
- 3 Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ SÌ NO NON SO
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SÌ NO NON SO
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? SÌ NO NON SO
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SÌ 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? SÌ 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? SÌ NO NON SO
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? SÌ NO NON SO
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SÌ NO NON SO
- Per le donne:*
- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SÌ NO NON SO
- 12 Sta allattando? SÌ 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:

- 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: ___ / ___ / ___

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

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o dei genitori/tutori/affidatari)

Firma medico _____