



Anamnestico

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

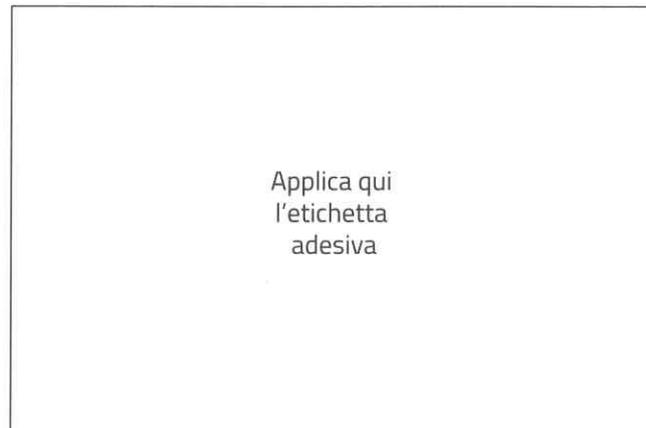
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATI DEL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*Anamnesi*Applica 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 \_\_\_\_\_