

## Vaccinazione Anti-Covid19 - Modulo di Anamnesi

<b>NOME</b>		<b>COGNOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>		<b>LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>RESIDENZA</b>			
<b>TELEFONO</b>			
<b>CODICE FISCALE</b>			

### SCHEDA ANAMNESTICA

Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha Febbre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, farmaci o componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se ha risposto SI alla domanda precedente specificare:		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Es. Cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es. cortisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali o ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Durante lo scorso anno ha ricevuto una trasfusione di sangue o le sono state somministrate immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se ha risposto SI alla domanda precedente specificare:		
E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla 1° o 2° somministrazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sta allattando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata/affetta da Covid19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenta tosse, raffreddore, febbre, dispnea?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola, perdita dell'olfatto/gusto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolore addominale, diarrea?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha effettuato recentemente un Test Covid19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se ha risposto SI alla domanda precedente specificare quando ed il risultato:		
Aggiornamento anamnestico da disposizioni regionali Protocollo G1.2020.0043567 del 23/12/2020, Circolare Ministeriale 758 del 08/01/2021, nota regionale 2271 del 18/01/2021 per la ricerca delle varianti SARS-CoV-2:		
Ha soggiornato negli ultimi 14 giorni nel Regno Unito (Inghilterra, Irlanda del Nord, Galles, Scozia), Sud Africa, Brasile, Svezia, Finlandia, Norvegia, Francia? Se sì, quale: _____		
E' contatto stretto di persona che recentemente è stata in uno dei paesi sopra indicati? Se sì, quale: _____		

Specifichi di seguito i farmaci, in particolare quelli anticoagulanti, integratori naturali, vitamine, minerali o medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute: \_\_\_\_\_

Data, Luogo e Firma \_\_\_\_\_