

Scheda anamnestica vaccinazione anti-COVID-19

Nome e Cognome _____

Nato il _____ telefono _____

	Si	No	Non so
1. Attualmente è malato?			
2. Ha febbre?			
3. Soffre di allergie al lattice, cibi, farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, quali? _____			
4. Ha mai avuto reazioni allergiche importanti dopo la somministrazione di un altro vaccino?			
5. Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, malattie del sangue?			
6. Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?			
7. Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario o farmaci antitumorali o ha subito trattamenti con radiazioni?			
8. Durante lo scorso anno ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati gammaglobuline o farmaci antivirali?			
9. Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
10. Ha ricevuto qualche altro vaccino nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale? _____			
11. E' in gravidanza? Pensa di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o seconda somministrazione?			
12. Sta allattando?			
13. Specifica di seguito farmaci (in particolare anticoagulanti), integratori naturali, vitamine, minerali o farmaci alternativi che sta assumendo:			
14. Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars_CoV2 ?			
15. Manifesta uno dei seguenti sintomi?			
a. Tosse/raffreddore/dispnea/sintomi simil influenzali?			
b. Mal di gola/perdita olfatto o gusto?			
c. Dolori addominali/diarrea?			
d. Sanguinamento/ arrossamento occhi/lividi anormali?			
16. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
17. Test COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo, data _____			
• Test COVID-19 positivo, data _____			
• In attesa di test COVID-19, data _____			
18. Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:			

Data _____ Firma del vaccinando _____

Firma dell'operatore sanitario _____