|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANAMNESI PRE-VACCINALE** (da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale) | | | |
| **Cognome e Nome** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
| **Data e luogo di nascita** |
| **Telefono** |
| Attualmente è malato? |  |  |  |
| Ha febbre? |  |  |  |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? |  |  |  |
| Se si, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? |  |  |  |
| Se si, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 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 (ad 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 (radioterapia)? |  |  |  |
| 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 **negli ultimi 14 giorni**? |  |  |  |
| Se si, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Per le donne:** è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? |  |  |  |
| **Per le donne:** sta allattando? |  |  |  |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? |  |  |  |
| Se si, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Altre patologie da cui è affetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Terapia farmacologica che sta assumendo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANAMNESI COVID-CORRELATA** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19? |  |  |  |
| *Manifesta uno dei seguenti sintomi?* | | | |
| Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali |  |  |  |
| 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? |  |  |  |
| *Ha effettuato un Test COVID-19?* | | | |
| Nessun Test COVID-19 recente |  |  |  |
| In attesa di test COVID-19  (Data: ...................................) |  |  |  |
| Test COVID-19 Negativo  (Data: ......................................) |  |  |  |
| Test COVID-19 Positivo  (Data: ........................................) |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Data e luogo:** |
| **Firma** del vaccinando/genitore/rappresentante legale: |
| **Firma** della vaccinando/genitore/rappresentante legale: |