



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Anamnesi

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 |
| <i>Per le donne:</i> | | | | |
| 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 del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____