

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____ TELEFONO _____

SCHEDA ANAMNESTICA

	SI	NO	NON SO
ATTUALMENTE E' AMMALATO?			
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?			
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? (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?			
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 NELLE ULTIME 4 SETTIMANE?			
SE SI, QUALE/I?			
E' INCINTA O STA PENSANDO DI RIMANERE INCINTA NEL MESE SUCCESSIVO ALLA PRIMA O ALLA SECONDA SOMMINISTRAZIONE?			
STA ALLATTANDO?			

SPECIFICHI I FARMACI, ED IN PARTICOLARE QUELLI ANTICOAGULANTI, NONCHE' GLI INTEGRATORI NATURALI, LE VITAMINE, I MINERALI O EVENTUALI MEDICINALI ALTERNATIVI CHE STA ASSUMENDO

ANAMNESI COVID CORRELATA

	SI	NO	NON SO
NELL'ULTIMO MESE E' STATO IN CONTATTO CON UNA PERSONA CONTAGIATA DA SARS-COV2 O AFFETTA DA COVID-19?			
MANIFESTA TOSSE/RAFFREDDORE/FEBBRE/DISPNEA O SINTOMI SIMIL-INFLUENZALI?			
MANIFESTA MAL DI GOLA/PERDITA DELL'OLFATTO O DEL GUSTO?			
	SI	NO	NON SO
MANIFESTA DOLORE ADDOMINALE/DIARREA?			
MANIFESTA LIVIDI ANORMALI O SANGUINAMENTO/ARROSSAMENTO DEGLI OCCHI?			
HA FATTO QUALCHE VIAGGIO INTERNAZIONALE NELL'ULTIMO MESE?			
HA EFFETTUATO UN TEST COVID-19?			

SPECIFICHI: 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: _____)

RIFERISCA EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE O NOTIZIE UTILI SUL SUO STATO DI SALUTE:

DATA _____ FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO VACCINATORE _____

RACCORDO ANAMNESTICO (Da compilare per la SECONDA SOMMINISTRAZIONE del vaccino)

Data _____

Oggi sta bene? SI NO Se NO specif. _____Tra la 1° e la 2° dose ha da segnalare nuove patologie o cambiamenti di terapia ? SI NO

Se SI specif. _____

Tra la 1° e la 2° dose di vaccino ha contratto l'infezione da Covid ? SI NO

Se SI specif. quando _____

A seguito della 1° dose somministrata il _____ ha avuto reazioni ? NO SI

Se SI

1) REAZIONE* _____ INSORTA IL _____ RISOLTA IL _____

TRATTATA CON _____

2) REAZIONE* _____ INSORTA IL _____ RISOLTA IL _____

TRATTATA CON _____

*Se febbre precisare se > o < di 39.5°C

DATA _____ FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO VACCINATORE _____