

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
VACCINO PFIZER BioNTech

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando
e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e Cognome:	Telefono:		
Anamnesi	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, 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 sì, quale/i?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
<ul style="list-style-type: none"> ● Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? 			
<ul style="list-style-type: none"> ● Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? 			
<ul style="list-style-type: none"> ● Dolore addominale/diarrea? 			
<ul style="list-style-type: none"> ● Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? 			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> ● 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 del Vaccinando

Firma dell'Operatore Sanitario