## VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

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

Nome e Cognome:	Telefono:			
			ı	T
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 comproi	missione del			
sistema immunitario? (Esempio: cancre				
linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?				

Anamnesi	SI	NO	NON SO
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?			
- Sta anattanuu:			

Sta assamenas rannasi anticoagaianti.		
Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare qui integratori naturali, le vitamine, i minerali o event 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:			
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?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
<ul> <li>Nessun test COVID-19 recente</li> </ul>			
<ul> <li>Test COVID-19 negativo</li> </ul>			
Data()			
<ul> <li>Test COVID-19 positivo</li> </ul>			
Data()			
<ul> <li>In attesa di Test COVID-19</li> </ul>			
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul S	uo stato (	di salute	
Data e Firma paziente			