

VACCINAZIONE ANTICOID-19**MODULO DI TRIAGE PREVACCINALE**

Nome e Cognome	
Data di Nascita	Luogo di Nascita
Residenza	Telefono
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)	

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.....			
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:.....

.....
.....
.....

Nome e Cognome	
Data di Nascita	Luogo di Nascita
Residenza	Telefono
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)	

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 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?.....			
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 Vaccinando

Firma Operatore Sanitario per presa visione