

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEMA ANAMNESTICA

Vaccino Comirnaty “Pfizer-BioNTech”

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

Nome e Cognome	Telefono		
A N A M N E S I			
Attualmente è malato? Ha febbre? Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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? <i>(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?</i> Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario <i>(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi)</i> o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Per le donne: • è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? • sta allattando?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Specifici 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Manifesta uno dei seguenti sintomi:										
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
• Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Test COVID-19:										
• Nessun test COVID-19 recente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
• Test COVID-19 negativo										
Data: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td> </td></tr></table>				2	0	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2	0	2					
• Test COVID-19 positivo										
Data: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td> </td></tr></table>				2	0	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2	0	2					
• In attesa di test COVID-19										
Data: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td> </td></tr></table>				2	0	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2	0	2					

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

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