

## VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

# SCHEDA 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	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sta allattando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</b>			
• 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"/>
<b>Test COVID-19:</b>			
• Nessun test COVID-19 recente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 negativo Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 positivo Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• In attesa di test COVID-19 Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.