

MOD.DS.15: "Scheda Anamnestica"

Allegato 2 al modulo di consenso 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: _____
------------------------------	------------------------

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 si specificare: _____ _____			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemie o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (esempio cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)			
Negli ultimi tre 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 quattro settimane? Se si quali: _____ _____			
Per le donne:	SI	NO	NON SO
– E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
– Sta allattando?			

Specifiche 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 simil-influenzali? • Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? • Dolore addominale/diarrea? • Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? 	SI	NO	NON SO
Ha fatto qualche viaggio 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 e luogo: ____/____/____ , _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Legale rappresentante
