

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

Cognome e Nome:		Codice fiscale:	
Data di nascita:	Categoria di rischio:	Riferimento telefonico:	
Sede vaccinale:	Data 1° vaccinazione:	Tipo vaccino erogato:	Lotto 1°dose: Lotto 2°dose:

Anamnesi	1° dose		2° dose			1° dose		2° dose	
Attualmente è malato?	SI	No	SI	No	Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	SI	No	SI	No
Ha febbre?	SI	No	SI	No	Manifesta uno dei seguenti sintomi?	SI	No	SI	No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:	SI	No	SI	No	Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	SI	No	SI	No
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	No	SI	No	Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	SI	No	SI	No
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	SI	No	SI	No	Dolore addominale/diarrea?	SI	No	SI	No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	No	SI	No	Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	SI	No	SI	No
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?	SI	No	SI	No	Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	SI	No	SI	No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SI	No	SI	No	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: _____)	SI	No	SI	No
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	SI	No	SI	No	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	SI	No	SI	No

Riservato alle donne

È incinta o pensa di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	SI	No	SI	No	Sta allattando?	SI	No	SI	No
---	----	----	----	----	-----------------	----	----	----	----

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:

Riservato per la 2° dose

Ha avuto reazioni alla 1° dose? Se sì, quali:

Data 1° dose:

Operatore 1° dose:

Data 2° dose:

Operatore 2° dose: