

**SCHEDA ANAMNESTICA**

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

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Anamnesi: rispondere 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: \_\_\_\_\_

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? (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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Anamnesi COVID-correlata: rispondere 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 similinfluenzali?
- 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

---

---

---

---

---

---

---

---

---