



CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID 19

data: _____

Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI	
Cognome Nome _____ nato il ____/____/____	
Residente a _____ CF _____	
Attività lavorativa _____	
Sezione 2 - ANAMNESI PREVACCINALE	
Oggi è in buone condizioni di salute?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha febbre?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? se sì, specificare: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es patologia tumorale, leucemia, linfoma, hiv/aids, trapianto)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	si <input type="checkbox"/> no <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?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? se sì, specificare:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
È incinta o sta programmando una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sta allattando?	si <input type="checkbox"/> no <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: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID-19?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta tosse/raffreddore/ febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta dolore addominale/ diarrea?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha effettuato un test COVID-19? se sì, specificare quando:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Firma dell'operatore sanitario _____	

Sezione 3 - RISERVATA AL MEDICO O ALL'OPERATORE SANITARIO

PUÒ ESEGUIRE LA VACCINAZIONE?



PERIODO DI OSSERVAZIONE DOPO LA VACCINAZIONE

attendere **15 minuti**

attendere **30 minuti**

attendere **60 minuti**

Firma dell'operatore sanitario _____

data _____