



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 _____		
A N A M N E S I		SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?		☐	☐	☐
Ha febbre?		☐	☐	☐
Soffre di allergie al latte, 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:

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. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.