VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 – SCHEDA ANAMNESTICA

COVID 19 VACCINATION - ANAMNESTIC FORM

ВАКЦИНАЦІЯ від COVID-19 – АНАМНЕСТИЧНА ФОРМА ТА ЗГОДИ

Da compilare per chi richiede il vaccino e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

To be filled by who is requesting the vaccination together with the Healthcare Professionals assigned.

Заповнюється тим, хто подає запит на вакцинацію разом із призначеними медичними працівниками.

Vaccino Covid: □ 1° Dose □ 2° Dose □ Booster

Difterite-tetano-pertosse: □ Si □ No

Morbillo- parotite-rosolia: □ Si □ No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e NomeSurname and NameПрізвище та Ім'я | Data di nascitaDate of birthДата народження | STP |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АНАМНЕСТИЧНА | SI / YES / ТАК | NO / NO / НІ |
| Ha la febbre? / Do you have a fever? / У вас температура? |  |  |
| Soffre di allergia a lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?Se si, specificare: ………………………………………………..Do you have latex allergy, food allergy, drug allergy or allergy to some of the vaccine ingredients?If yes, please specify…………………………………………….Чи є у вас алергія на латекс, харчова алергія, алергія на ліки чи алергія на деякі інгредієнти вакцини?Якщо так, то вкажіть……………………………………........... |  |  |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? Se si, specificare…………………………………………...........Have you ever had a severe reaction after a vaccination?If yes, please specify…………………………………………….Чи були у вас коли-небудь серйозні реакції після вакцинації?Якщо так, то вкажіть……………………………………........... |  |  |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?Se si, specificare…………………………………………...Do you suffer from heart or lung disease, asthma, kidney disease, diabetes, anaemia or other blood disorders?If yes, please specify…………………………………………….Чи страждаєте ви на захворювання серця або легенів, астму, захворювання нирок, діабет, анемію чи інші захворювання крові?Якщо так, то вкажіть……………………………………........... |  |  |
| АНАМНЕСТИЧНА | SI / YES / ТАК | NO / NO / НІ |
| Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto?Are you in a condition of compromised immune system? (for example: cancer, leukemia, lymphoma, HIV/AIDS, transplant)У вас ослаблена імунна система? (наприклад: рак, лейкемія, лімфома, ВІЛ/СНІД, трансплантація) |  |  |
| Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?In the past 3 months, have you taken any medications that weaken the immune system (for example: cortisone, prednisone or other steroids) or anticancer drugs, or have you undergone radiation treatments?Чи приймали ви протягом останніх 3 місяців які-небудь ліки, що послаблюють імунну систему (наприклад: кортизон, преднізолон або інші стероїди), або протипухлинні препарати, чи проходили ви радіотерапія? |  |  |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobine (gamma) o farmaci antivirali?During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, or have you been given immunoglobulins (gamma) or antiviral drugs?Чи робили вам протягом останнього року переливання крові чи препаратів крові, чи отримували імуноглобуліни (гамма) чи противірусні препарати? |  |  |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?Have you had convulsion attack or any problems with your brain or nervous system?Чи були у вас напади судом або якісь проблеми з мозком або нервовою системою? |  |  |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?Se si, quali? ……………………………………………………...Have you received any vaccination in the past 4 weeks?If yes, please specify…………………………………………….Чи робили ви щеплення за останні 4 тижні?Якщо так, то вкажіть……………………………………......... |  |  |
| Per le donne: è attualmente incinta?For women: are you pregnant?Для жінок: ви вагітні? |  |  |
| АНАМНЕСТИЧНА | SI / YES / ТАК | NO / NO / НІ |
| Per le donne: sta allattando?For women: are you breastfeeding?Для жінок: ви годуєте грудьми? |  |  |
| Specifichi di seguito i farmaci (indicando possibilmente il principio attivo) che sta assumendo, ed in particolare quelli anticoagulanti:…………………………………………………………………….…………………………………………………………………….…………………………………………………………………….Please indicate the drugs and other medications (possibly specifying the active ingredient) that you are currently taking, and in particular the anticoagulants:…………………………………………………………………….…………………………………………………………………….…………………………………………………………………….Будь ласка, вкажіть ліки та інші ліки (можливо, вказавши діючу речовину), які Ви зараз приймаєте, понад усе антикоагулянти:…………………………………………………………………….…………………………………………………………………….……………………………………………………………………. |  |  |

Data / Date / Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Vaccinando / Patient Signature / Підпис пацієнта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Professionista Sanitario / Signature of the Healthcare professional / Підпис медичного працівника

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