

VACCINAZIONE ANTISARS-CoV-2/COVID-19 TRIAGE PREVACCINALE

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e cognome:		Telefono:		
Data e luogo di nascita:		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre/tosse/raffreddore/mal di gola/perdita gusto od olfatto/dolori addominali/diarrea/lividi cutanei o arrossamento degli occhi?				
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?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
PER LE DONNE:		SI'	NO	Non so
E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?				
Sta allattando?				
ANAMNESI COVID-CORRELATA		SI'	NO	Non so
Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?				
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))				
VACCINI COVID: In quale data ha eseguito l'ultima vaccinazione anti-covid?				
REAZIONE AVVERSE PREGRESSE: ho avuto reazioni avverse alla dose n..... Se sì specificare.....		SI'	NO	Non so
Data e luogo	Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale			