

**SCHEMA ANAMNESTICA**

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

Nome e Cognome	Telefono		
<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, 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 SI, quale/i? _____			
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			

<b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b>			
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali?			
• 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?			
<b>TEST COVID-19:</b>			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (data _____)			
• Test COVID-19 positivo (data _____)			
• In attesa di test COVID-19 (data _____)			

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando o rappresentante legale \_\_\_\_\_