

Da compilare a cura del vaccinando/genitore/titolare della potestà genitoriale da riesaminare insieme ai Sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e Cognome:	Telefono:			
Anamnesi		SI	NO	NON SO
Ha già compiuto 12 anni?				
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
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 croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache o polmonari, renali, asma, diabete, anemia o altre malattie del sangue e di altri organi o apparati, disturbi della coagulazione ?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?				
Negli ultimi 6 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 mai avuto convulsioni, epilessie o disturbi neurologici?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? Se sì, Specificare.....				
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:

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?				
Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?				
• 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?				
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: _____)				

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Data _____ Firma del compilatore (se autocompilazione) _____

Tempo di osservazione _____ minuti Firma e timbro del medico _____