

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando a casa prima di recarsi all'appuntamento della vaccinazione ANTI-COVID-19. La stessa verrà riesaminata insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome: _____ Data di nascita: _____ Codice Fiscale: _____	Telefono: _____		
	SI	NO	NON SO
Oggi sta bene?			
Soffre di allergie a 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? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi tre mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			



	SI	NO	NON SO
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 immunitario?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?			
È mai risultato positivo ad un test COVID-19? Se sì, quando?			
Ha avuto contatti noti con persone COVID positive negli ultimi 10 giorni?			
Ha fatto ultimamente qualche viaggio all'estero? Dove: data di rientro:			

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo, ed in particolare quelli anticoagulanti:

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

