

COGNOME NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NUMERO TEL \_\_\_\_\_

## CONSENSO

Dichiaro di aver compreso le informazioni contenute nella nota informativa del vaccino

- Pfizer-Biontech Comirnaty     Moderna mRNA-1273     AstraZeneca ChAdOx1-S  
e acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino     Sì     No

## SCHEDA ANAMNESTICA

Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì specificare _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</i>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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 (radioterapia)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha ricevuto vaccinazioni <b>negli ultimi 14 giorni?</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì quale _____		
Specifichi 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

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-cov2 o affetta da Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha effettuato un test covid-19? TIPO DI TEST ESEGUITO _____ DATA ULTIMO TEST ESEGUITO _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha avuto l'infezione da Sars-cov2 ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, in forma <input type="checkbox"/> asintomatica o <input type="checkbox"/> sintomatica Data del primo tampone positivo _____ Quando si è negativizzato? _____ (data tampone)			
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute:			

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO: BRACCIO

SX

DX

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA VACCINATORE (leggibile)

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)