

**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: .....		.....		
<b>ANAMNESI</b>		<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
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 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: .....				
.....				
<b>PER LE DONNE:</b>		<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
<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?				
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?				
<b>TEST COVID-19</b>				
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data: .....) )				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data: .....) )				
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data: .....) )				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute: ..... .....				
<b>Data e luogo</b>		<b>Firma</b> del vaccinando o del suo Rappresentante legale		