

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:		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
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:				
.....				
PER LE DONNE:		SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
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				
<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:				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
QUESTIONARIO DOPO ULTIMA DOSE VACCINO COVID

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

Nome e Cognome:	Codice fiscale:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:

1. Dopo l'ultima dose di vaccino covid ha avuto nuovi sintomi o problemi di salute? (se sì, rispondere anche alle domande successive)

Risposta:

2. Sintomi locali nel punto di iniezione del vaccino

Risposta: Dolore

Arrossamento

3. Sintomi Generali

Risposta: Senso di stanchezza

Nausea

Vomito

Brividi

Febbre fino a 38°C

Febbre superiore a 38°C

Dolori muscolari o articolari diffusi

Ingrossamento di ghiandole linfatiche

Insonnia

Aumento della pressione arteriosa

Prurito diffuso

Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)

Altri Sintomi:

4. Quanto tempo dopo l'iniezione sono comparsi i sintomi?

Risposta:

5. Quanto tempo dopo l'iniezione sono scomparsi i sintomi (in giorni)?

Risposta:

6. I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

Risposta:

(firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)