

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
MODULO DI TRIAGE PREVACCINALE

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

Nome e Cognome:	Telefono:

1. Attualmente è malato?

Risposta:

2. Ha febbre?

Risposta:

3. Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? (se sì, specificare)

Risposta:

Specifica:

4. Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?

Risposta:

5. Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?

Risposta:

6. Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)

Risposta:

7. 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?

Risposta:

8. Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?

Risposta:

9. Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?

Risposta:

Nome e Cognome:	Telefono:

10. **Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? (se sì, specificare)**

Risposta: **Sì**

Specifica:

11. **(se donna) È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?**

Risposta:

12. **(se donna) Sta allattando?**

Risposta:

13. **Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?**

Risposta:

14. **Ha tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?**

Risposta:

15. **Ha mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?**

Risposta:

16. **Ha dolore addominale/diarrea?**

Risposta:

17. **Ha lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?**

Risposta:

18. **Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?**

Risposta:

19. **Nessun test COVID-19 recente**

Risposta:

20. **Ha effettuato un test COVID-19 con esito negativo? (se sì, indicare la data)**

Risposta:

Specifica:

Nome e Cognome:	Telefono:

21. **Ha effettuato un test COVID-19 con esito positivo? (se sì, indicare la data)**

Risposta:

Specifica:

22. **È in attesa di effettuare un test COVID-19? (se sì, indicare la data)**

Risposta:

Specifica:

23. **Sta assumendo farmaci anticoagulanti?**

Risposta:

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:

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

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)