

接种第一剂新冠疫苗后问卷

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

姓名 _____

NOME e COGNOME _____

出生日期 _____ 税号 _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

接种第一剂疫苗后，您有任何新的症状或健康问题吗？

Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?

无

有

NO

SI'

如果您回答“无”，则不必继续回答其他问题。停在这里。

如果您的回答“有”，请继续阅读并在下面列出的症状中指出您出现的所有症状。

对于每个报告的症状，请在右列中指出注射后多久症状出现以及注射后多久症状消失。

| 疫苗注射部位的 <u>局部症状</u> <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i> | 症状出现的时间 <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i> | 症状消失的时间 <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i> |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 疼痛 <i>Dolore</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 发红 <i>Arrossamento</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |

| 一般症状 <i>Sintomi GENERALI</i> | 症状出现的时间 <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i> | 症状消失的时间 <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i> |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 感觉疲倦 <i>Senso di stanchezza</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 恶心 <i>Nausea</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 呕吐 <i>Vomito</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 发冷 <i>Brividi</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 发烧到 38° C <i>Febbre fino a 38° C</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 发烧超过 38° C <i>Febbre superiore a 38° C</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 广泛的肌肉或关节疼痛 <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 淋巴腺增大 <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 失眠 <i>Insomnia</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 血压升高 <i>Aumento della pressione arteriosa</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 大面积瘙痒 <i>Prurito diffuso</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
| <input type="checkbox"/> 荨麻疹（皮肤上出现红斑） <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) <i>Altro (specificare)</i> | <input type="checkbox"/> 60 分钟内 <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> | <input type="checkbox"/> 当天 <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> 一天后 <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 天后 <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <i>Altro _____</i> |
|---|--|---|

这些疾病是否要求了医疗干预?

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

如果是并且如果有：请在您接种第二剂疫苗时携带报告。

Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino.

日期 _____

DATA _____

接种人/法定代表人/家人/看护人签名

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/ familiare/caregiver
