

## QUESTIONNAIRE APRÈS LA PREMIÈRE DOSE DU VACCIN ANTI-COVID19

### QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

NOM et PRÉNOM \_\_\_\_\_

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

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ Code fiscal \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Avez-vous eu de nouveaux symptômes ou problèmes de santé après la première dose du vaccin ?**

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

NO

SI'

NO

SI'

Si vous avez répondu NON, il n'est pas nécessaire de continuer à répondre aux autres questions. Vous pouvez vous arrêter ici.

**Si vous avez répondu OUI, lisez la suite et indiquez ci-dessous TOUS les symptômes que vous avez ressentis.**

Dans les colonnes de droite, pour chaque symptôme signalé, indiquez combien de temps après l'injection ce symptôme est apparu et combien de temps après l'injection il a disparu.

<b>Symptômes LOCAUX</b> au site d'injection du vaccin <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i>	Période D'APPARITION du symptôme <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	Période DE DISPARITION du symptôme <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> Douleur <i>Dolore</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Rougeur <i>Arrossamento</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>

<b>Symptômes GÉNÉRAUX</b> <b><i>Sintomi GENERALI</i></b>	Période D'APPARITION du symptôme <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	Période DE DISPARITION du symptôme <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> Sensation de fatigue <i>Senso di stanchezza</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Nausées <i>Nausea</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Vomissements <i>Vomito</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Frissons <i>Brividi</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Fièvre jusqu'à 38 °C <i>Febbre fino a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Fièvre supérieure à 38 °C <i>Febbre superiore a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires et articulaires diffuses <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Gonflement des glandes lymphatiques <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Insomnie <i>Insomnia</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Augmentation de la pression sanguine <i>Aumento della pressione arteriosa</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons diffuses <i>Prurito diffuso</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Urticaire (taches rouges sur la peau) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Autre (préciser) <i>Altro (specificare)</i>	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i>  <input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> Le jour même <i>Il giorno stesso</i>  <input type="checkbox"/> Le jour suivant <i>Il giorno dopo</i>  <input type="checkbox"/> 2 jours après <i>2 giorni dopo</i>  <input type="checkbox"/> Autre _____ <i>Altro _____</i>
---	---	---

**Les troubles ont-ils nécessité une intervention médicale ?**

***I disturbi hanno richiesto un intervento medico?***

Le cas échéant et si disponible : veuillez apporter le compte rendu médical lorsque vous viendrez pour la deuxième dose de vaccin.

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

DATE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

SIGNATURE de la personne vaccinée/du représentant légal/du membre de la famille/du soignant

*FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/ familiare/caregiver*

\_\_\_\_\_