

एंटी-कोविड19 वैक्सीन की पहली खुराक के बाद प्रश्नावली
QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

नाम और उपनाम _____

NOME e COGNOME _____

जन्म तिथि _____ टैक्स कोड _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

क्या आपको वैक्सीन की पहली खुराक के बाद किसी नए लक्षण या स्वास्थ्य समस्या का अनुभव हुआ?
DoPO la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?

नहीं

हाँ

NO

SI'

यदि आपका उत्तर "नहीं" है, तो अन्य प्रश्नों का उत्तर न दें। कृपया यहाँ रुक जाएँ।

यदि आपका उत्तर "हाँ" है, तो पढ़ना जारी रखें और आपको अनुभव हुए सभी लक्षणों को नीचे बताएँ।

प्रत्येक सूचित लक्षण के लिए, दाईं ओर के कॉलम में बताएँ कि इंजेक्शन के कितने समय बाद यह हुआ और इंजेक्शन के कितने समय बाद यह समाप्त हो गया।

हल्के लक्षण वैक्सीन का इंजेक्शन लगाने की जगह पर <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i>	लक्षण कब शुरू हुआ <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	लक्षण कब समाप्त हुआ <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> प्लेन <i>Dolore</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> लालिमा <i>Arrossamento</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i>

	<input type="checkbox"/> 2 दिन बाद 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____
--	---	--

सामान्य लक्षण <i>Sintomi GENERALI</i>	लक्षण कब शुरू हुआ <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	लक्षण कब समाप्त हुआ <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> थकान महसूस होना <i>Senso di stanchezza</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____
<input type="checkbox"/> मतली <i>Nausea</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____
<input type="checkbox"/> उल्टी होना <i>Vomito</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ Altro _____
<input type="checkbox"/> बुखार	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i>

Brividi

उसी दिन
Il giorno stesso

अगले दिन
Il giorno dopo

2 दिन बाद
2 giorni dopo

अन्य _____
Altro _____

अगले दिन
Il giorno dopo

2 दिन बाद
2 giorni dopo

अन्य _____
Altro _____

<input type="checkbox"/> 38°C तक बुखार <i>Febbre fino a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> 38°C तक बुखार <i>Febbre superiore a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> मांसपेशियों या जोड़ों में बहुत दर्द <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> लिम्फ नोड में सूजन <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>

	<input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro</i> _____	
--	---	--

<input type="checkbox"/> अनिद्रा <i>Insomnia</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> रक्तचाप में बढ़ोतरी <i>Aumento della pressione arteriosa</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> बहुत अधिक खुजली <i>Prurito diffuso</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> दाने (त्वचा उभरे हुए लाल धब्बे) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i>	<input type="checkbox"/> उ सी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>

	<input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro</i> _____	
--	---	--

<input type="checkbox"/> अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) <i>Altro (specificare)</i>	<input type="checkbox"/> 60 मिनट के भीतर <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> उसी दिन <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> अगले दिन <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 दिन बाद <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> अन्य _____ <i>Altro _____</i>
--	--	--

क्या आपको आंकी समस्याओं के लिए चिकित्सकीय सहायता की आवश्यकता थी?

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

यदि ऐसा हुआ है और यदि संभव है, तो कृपया अपने वैक्सीन की दूसरी खुराक के समय डॉक्टर की रिपोर्ट लेकर आएं।

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

तिथि _____

DATA _____

वैक्सीन लेने वाले व्यक्ति/कानूनी प्रतिनिधि/परिवार के सदस्य/देखभालकर्ता के हस्ताक्षर

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/familiare/caregiver
