

QUESTIONNAIRE AFTER THE FIRST DOSE OF ANTI-COVID19 VACCINE

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

NAME AND SURNAME _____

NOME e COGNOME _____

DATE OF BIRTH _____ Tax code _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

**Did you experience any new symptoms or health problems after the first dose of vaccine?
Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?**

NO

YES

NO

SI'

If you answered NO, do not answer the other questions. Please stop here.

If you answered YES, read on and indicate ALL of the symptoms you experienced below.

For each reported symptom, indicate how long after the injection it appeared and how long after the injection it disappeared in the columns on the right.

LOCAL symptoms at the injection site of the vaccine <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i>	When the symptom APPEARED <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	When the symptom DISAPPEARED <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> Pain <i>Dolore</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Reddening <i>Arrossamento</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>

<u>GENERAL symptoms</u> <u>Sintomi GENERALI</u>	When the symptom APPEARED <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	When the symptom DISAPPEARED <i>Epoca di SCOMPARSA del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> Feeling of tiredness <i>Senso di stanchezza</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Nausea <i>Nausea</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Vomiting <i>Vomito</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Shivers <i>Brividi</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Fever up to 38°C <i>Febbre fino a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Fever over 38°C <i>Febbre superiore a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Widespread muscle or joint pains <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Sleeplessness <i>Insonnia</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____
<input type="checkbox"/> Increased blood pressure <i>Aumento della pressione arteriosa</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____
<input type="checkbox"/> Widespread itching <i>Prurito diffuso</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____
<input type="checkbox"/> Rash (red raised skin patches) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro</i> _____

<input type="checkbox"/> Other (please specify) <i>Altro (specificare)</i>	<input type="checkbox"/> Within 60 minutes <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> On the same day <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> On the following day <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> After 2 days <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Altro _____</i>
---	--	--

Did you require medical attention for your complaints?

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

If so and possible, please bring the doctor's report when you come for your second dose of vaccine.
Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino.

DATE _____

DATA _____

SIGNATURE of the person receiving the vaccine/legal representative/family member/caregiver

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/ familiare/caregiver
