

ਐਂਟੀ-ਕੋਵਿਡ19 ਟੀਕੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਵਾਲ

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਪਨਾਮ _____

NOME e COGNOME _____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ _____ ਟੈਕਸ ਕੋਡ _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਨਵੇਂ ਲੱਛਣ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਹੋਇਆ?

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

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

NO

SI'

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 'ਨਹੀਂ' ਵਿੱਚ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦਿਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਰੁਕੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 'ਹਾਂ' ਵਿੱਚ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਾਰੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਸੰਕੇਤ ਕਰੋ।

ਹਰੇਕ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਲੱਛਣ ਲਈ, ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਕਰੋ ਕਿ ਟੀਕੇ ਦੇ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਬਾਅਦ ਇਹ ਦਿਖਾਈ ਦਿੱਤਾ ਅਤੇ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਤੋਂ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਬਾਅਦ ਇਹ ਸੱਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਕਾਲਮਾਂ ਵਿੱਚ ਅਲੇਪ ਹੋ ਗਿਆ।

ਸਥਾਨਕ ਲੱਛਣ ਟੀਕਾ ਲੱਗਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ 'ਤੇ <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i>	ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਦਿਖਾਈ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹਨ <i>Epoca di SCOMPARSA del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> ਦਰਦ <i>Dolore</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ਲਾਲ ਹੋਣਾ <i>Arrossamento</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i>

	<input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____
--	---	---

<u>ਆਮ ਲੱਛਣ</u> Sintomi GENERALI	ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਦਿਖਾਈ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹਨ <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> ਥਕਾਵਟ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣਾ <i>Senso di stanchezza</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____
<input type="checkbox"/> ਦਿਲ ਘਬਰਾਉਣਾ <i>Nausea</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____
<input type="checkbox"/> ਉਲਟੀ ਆਉਣਾ <i>Vomito</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ Altro _____

<input type="checkbox"/> ਕਾਂਬਾ ਛਿੜਨਾ <i>Brividi</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
--	--	--

<input type="checkbox"/> 38°C ਤੱਕ ਬੁਖਾਰ <i>Febbre fino a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> 38°C ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬੁਖਾਰ <i>Febbre superiore a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਫੈਲਣਾ ਜਾਂ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ਸੁੱਜੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____

	<p><i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>עוד</i> _____</p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<p><i>Altro</i> _____</p>
--	--	---------------------------

<input type="checkbox"/> ਨੀਂਦ ਨਾ ਆਉਣਾ <i>Insomnia</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ <i>Aumento della pressione arteriosa</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖੁਜਲੀ ਹੋਣਾ <i>Prurito diffuso</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ਧੱਫੜ (ਲਾਲ ਉੱਠੀ ਹੋਈ ਚਮੜੀ ਦੇ ਧੱਬੇ) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____

	<p><i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>עוד</i> _____</p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<p><i>Altro</i> _____</p>
--	--	---------------------------

<input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ) <i>Altro (specificare)</i>	<input type="checkbox"/> 60 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> ਉਸੇ ਦਿਨ <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> ਅਗਲੇ ਦਿਨ <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 ਦਿਨ ਬਾਅਦ <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ <i>Altro _____</i>
--	--	--

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ?

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਟੀਕੇ ਦੀ ਦੂਜੀ ਖੁਰਾਕ ਲਈ ਆਉਣ ਵੇਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਾਲ ਲਿਆਓ।

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

ਮਿਤੀ _____

DATA _____

ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ/ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ/ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/familiare/caregiver
