

АНКЕТА ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ COVID-19

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

ИМЯ И ФАМИЛИЯ _____

NOME e COGNOME _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Номер налогоплательщика _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

После получения первой дозы вакцины у Вас были новые симптомы или проблемы со здоровьем?

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

НЕТ

ДА

NO

Sì

Если Вы ответили "НЕТ", Вам не нужно продолжать отвечать на другие вопросы. Остановитесь здесь.

Если Вы ответили "ДА", продолжайте читать и укажите ВСЕ симптомы, которые у Вас были среди перечисленных ниже.

В столбцах справа для каждого указанного симптома укажите, как скоро после инъекции появился этот симптом и когда он исчез.

ЛОКАЛЬНЫЕ симптомы в точке инъекции вакцины <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i>	Время ПОЯВЛЕНИЯ симптома <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	Время ИСЧЕЗНОВЕНИЯ симптома <i>Epoca di SCOMPARSА del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> Боль <i>Dolore</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Покраснение <i>Arrossamento</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ <i>Sintomi GENERALI</i>	Время ПОЯВЛЕНИЯ симптома <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	Время ИСЧЕЗНОВЕНИЯ симптома <i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> Чувство усталости <i>Senso di stanchezza</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Тошнота <i>Nausea</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Рвота <i>Vomito</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Озноб <i>Brividi</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Температура до 38°C <i>Febbre fino a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Температура выше 38°C <i>Febbre superiore a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Диффузные боли в мышцах или суставах <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Увеличение лимфатических узлов <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Бессонница <i>Insonnia</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Повышение артериального давления <i>Aumento della pressione arteriosa</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Диффузный зуд <i>Prurito diffuso</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> Крапивница (красные пятна на коже) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> Другое (указать) <i>Altro (specificare)</i>	<input type="checkbox"/> В течение 60 минут <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> В тот же день <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> На следующий день <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 дня спустя <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> Другое _____ <i>Altro _____</i>
---	---	--

Недомогания потребовали медицинского вмешательства?

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

Если да, и при наличии: пожалуйста, предоставьте медицинское заключение при получении второй дозы вакцины.

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

ДАТА _____

DATA _____

ПОДПИСЬ получающего вакцину лица/законного представителя/ родственника/опекуна

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/ familiare/caregiver
