SCHEDA ANAMNESTICA

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE / ANTI SARS-COV2

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ CF _____

01 Attualmente è malato?	○ Si	○ No
02 Ha febbre?	○ Si	○ No
03 Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? *Se sì indicare quale:* _____	○ Si	○ No
04 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	○ Si	○ No
05 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asme, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	○ Si	○ No
06 Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es. neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto?	○ Si	○ No
07 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es. cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazione?	○ Si	○ No
08 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobine (gamma) o farmaci antivirali?	○ Si	○ No
09 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	○ Si	○ No
10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? *Se sì indicare quale:* _____	○ Si	○ No
11.1 Per le donne: è in stato di gravidanza?	○ Si	○ No
11.2 Per le donne: sta pianificando una gravidanza nel prossimo mese?	○ Si	○ No
12 Per le donne: sta allattando?	○ Si	○ No
13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	○ Si	○ No

DATA _____ FIRMA VACCINANDO _____