

Allegato 2 al modulo di consenso

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

**Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai
 Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**

Nome e Cognome:	Telefono:		
operatore Sanitario <input type="checkbox"/>	Indirizzo mail:		
operatore NON Sanitario <input type="checkbox"/>			
Anamnesi	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			

**Gestione e somministrazione del vaccino
COVID-19 (Cominarty)**

SCHEDA ANAMNESTICA

Cod: Pr.134- Mod.1

Rev. 0

Data: 29-12-2020

Pagina 2 di 3

Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi

Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? ..			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

**Gestione e somministrazione del vaccino
COVID-19 (Cominarty)**

SCHEDA ANAMNESTICA

Cod: Pr.134- Mod.1

Rev. 0

Data: 29-12-2020

Pagina 3 di 3

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19: <ul style="list-style-type: none">• Nessun test COVID-19 recente• Test COVID-19 negativo (Data: _____)• Test COVID-19 positivo (Data: _____)• In attesa di test COVID-19 (Data: __)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Data

Firma del vaccinando
