

**Nome e Cognome** _____**Codice Fiscale** _____**Telefono** _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____**Codice Fiscale** _____Applica qui
l'etichetta
adesiva**Anamnesi****Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**1 Attualmente è malato? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO2 Ha febbre? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO3 Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o
altre malattie del sangue? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO7 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? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al
cervello o al sistema nervoso? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO*Per le donne:*11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel prossimo mese? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO12 Sta allattando? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO**Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:**

*Anamnesi COVID-correlata*

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

☐ Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?

☐ Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

☐ Dolore addominale/diarrea?

☐ Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

4 Test COVID-19:

☐ **Nessun test** COVID-19 recente

☐ Test COVID-19 **negativo** in data: ____ / ____ / ____

☐ Test COVID-19 **positivo** in data: ____ / ____ / ____

☐ **In attesa** di test COVID-19 in data: ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____

