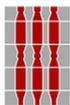


VACCINAZIONE ANTI-COVID19
VACCINO MODERNA
SCHEDA ANAMNESTICA

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

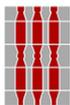
| | | | | |
|--|-----------------|-----------|-----------|---------------|
| Nome e Cognome: | Codice Fiscale: | Telefono: | | |
| Anamnesi | | SI | NO | NON SO |
| Attualmente è malato? | | | | |
| Ha febbre? | | | | |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? 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? | | | | |



Regione Umbria

| | | | |
|---|--|--|--|
| Durante lo scorso anno ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | | | |
| 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:



Regione Umbria

| 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? | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Dolore addominale/diarrea? | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• 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

Firma del Vaccinando

Firma dell'Operatore Sanitario