

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____ TELEFONO _____

SCHEDA ANAMNESTICA

	SI	NO	NON SO
ATTUALMENTE E' AMMALATO?			
HA FEBBRE?			
SOFFRE DI ALLERGIE AL LATTICE, A QUALCHE CIBO, A FARMACI O AI COMPONENTI DEL VACCINO?			
SE SI 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?			
HA AVUTO ATTACCHI DI CONVULSIONI O QUALCHE PROBLEMA AL CERVELLO O AL SISTEMA NERVOSO?			
HA RICEVUTO VACCINAZIONI NELLE ULTIME 4 SETTIMANE?			
SE SI, QUALE/I?			
E' INCINTA O STA PENSANDO DI RIMANERE INCINTA NEL MESE SUCCESSIVO ALLA PRIMA O ALLA SECONDA SOMMINISTRAZIONE?			
STA ALLATTANDO?			

SPECIFICHI I FARMACI, ED IN PARTICOLARE QUELLI ANTICOAGULANTI, NONCHE' GLI INTEGRATORI NATURALI, LE VITAMINE, I MINERALI O EVENTUALI MEDICINALI ALTERNATIVI CHE STA ASSUMENDO
