

VACCINAZIONE ANTI-SARS-COV-2/COVID-19

QUESITI PER TRIAGE PREVACCINALE

Cognome	Nome		
Telefono			
Anamnesi	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, specificare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per le donne:	SI	NO	NON SO
– è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– sta allattando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifesta uno dei seguenti sintomi:	SI	NO	NON SO
– Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinflenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Test COVID-19:	SI	NO	
– Nessun test COVID-19 recente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Test COVID-19 negativo (Data: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Test COVID-19 positivo (Data: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– In attesa di test COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDICO O ALTRO PROFESSIONISTA SANITARIO

2. Cognome

Nome

Ruolo

Firma