

## 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? 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"/>

<b>Per le donne:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
- 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"/>	
<b>Anamnesi COVID-correlata</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
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:	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	<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"/>	
<b>Test COVID-19:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
- 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 \_\_\_\_\_