

Allegato B VACCINAZIONE ANTI COVID-19

MODULO TRIAGE PREVACCINALE

ANAMNESI PRE-VACCINALE (da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale) Cognome e Nome NON Data e luogo di nascita NO SI SO Telefono Attualmente è malato? 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? Se si, specificare: _____ 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 (ad 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 (radioterapia)? 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 **negli ultimi 14 giorni**? Se si, specificare: ___ Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? Per le donne: sta allattando? Sta assumendo farmaci anticoagulanti? Se si, specificare: _____ Altre patologie da cui è affetto:

Terapia farmacologica che sta assumendo:



Allegato B VACCINAZIONE ANTI COVID-19

MODULO TRIAGE PREVACCINALE

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi?			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Ha effettuato un Test COVID-19?			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19			
(Data:)			
Test COVID-19 Negativo			
(Data:)			
Test COVID-19 Positivo			
(Data:)			

Data e luogo:
Firma del vaccinando/genitore/rappresentante legale:
Firma della vaccinando/genitore/rappresentante legale: