

## VACCINAZIONE ANTI -COVID-19

### Scheda anamnestica

da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari al momento della vaccinazione

**1**

#### dati personali

nome e cognome.....

recapito telefonico .....

**2**

#### anamnesi

sì

no

non so

attualmente è malato?

ha febbre?

soffre di allergie? (ad es. lattice, cibi, farmaci, componenti del vaccino?) se sì specificare

.....  
.....

ha mai avuto una reazione grave dopo un vaccino?

soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemie o altre malattie del sangue?

si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? Ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto...

3	<b>negli ultimi tempi</b>	<b>sì</b>	<b>no</b>	<b>non so</b>
	negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario? ad es. cortisone, prednisone o altri steroidi, farmaci antitumorali? ha subito trattamenti con radiazioni?			
	durante lo scorso anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue o prodotti ematici? 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 specificare quali..... .....			

4	<b>per le donne</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>non so</b>
	è incinta o sta pianificando una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
	sta allattando?			

5	<b>assunzione di farmaci</b>
	Specifichi i farmaci che sta prendendo, <b>segnalando in particolare gli anticoagulanti</b> , integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi, ecc..
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

