

<b>ANAMNESI PRE-VACCINALE</b>			
(da compilare a cura del vaccinando (o suo genitore/tutore) e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)			
Dati del vaccinando			
Cognome e Nome	SI	NO	NON SO
Codice Fiscale			
Data e luogo di nascita			
Telefono (del vaccinando o del genitore/tutore)			
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se sì, 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 <b>negli ultimi 14 giorni</b> ?			
Se sì, specificare: _____			
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
<b>Per le donne:</b> sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se sì, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

<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-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
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?			
<i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			
Test COVID-19 Negativo (Data: .....)			
Test COVID-19 Positivo (Data: .....)			

**Nel caso di minori:**

<b>(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)</b>	
<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	<b>Data e Luogo di nascita:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>(GENITORE 2)</b>	
<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	<b>Data e Luogo di nascita:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>

<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma del vaccinando/genitore1/rappresentante legale:</b>
<b>Firma della vaccinando/genitore2/rappresentante legale:</b>

