

# VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

## SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando a casa prima di recarsi all'appuntamento della vaccinazione ANTI-COVID-19. La stessa verrà riesaminata insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome:  Data di nascita:	Telefono:		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Oggi sta bene?			
Soffre di allergie a 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?			
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 tre mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			



	SI	NO	NON SO
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 immunitario?			
E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....			
È mai risultato positivo ad un test COVID-19? Se sì, quando? .....			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo, ed in particolare quelli anticoagulanti:

---



---



---



---

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:

---



---



---



---

