



Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Data anamnesi _____

Spazio per QR-Code
con Codice Prenotazione**ANAMNESI**

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1 | Attualmente è malato? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2 | Ha febbre? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3 | Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare quale _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4 | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5 | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6 | Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 7 | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 8 | 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"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 9 | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 11 | Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 12 | Per le donne: sta allattando? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13 | Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Firma Operatore Sanitario _____