



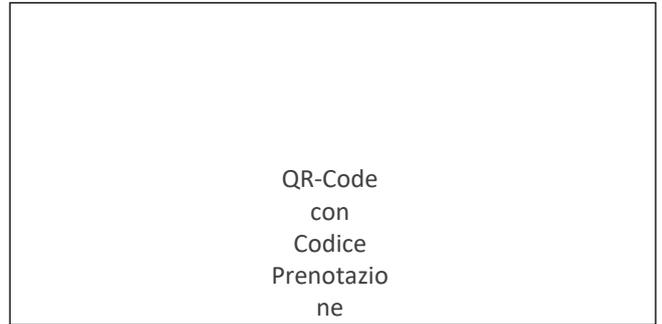
Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data anamnesi \_\_\_\_\_

QR-Code  
con  
Codice  
Prenotazio  
ne**VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE**

- |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |           |                          |           |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 1 | Presenta sintomatologia febbrile, o sintomatologia correlata a COVID-19 (tosse, raffreddore, dispnea, mal di gola, perdita di gusto/olfatto, dolore addominale, diarrea, etc.) o ha avuto un contatto stretto negli ultimi 14 giorni con un caso positivo accertato, rispetto alla data prevista di vaccinazione? | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 2 | Ha ricevuto diagnosi di COVID-19 nei 3 mesi precedenti?                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 3 | Se ha ricevuto diagnosi di COVID-19 nei 3 mesi precedenti, specifichi data del primo tampone positivo e dell'ultimo tempone negativo eseguito<br>Data Primo Tampone Positivo ___/___/___      Data Ultimo Tampone Negativo ___/___/___                                                                            |                          |           |                          |           |

**ANAMNESI**

- |    |                                                                                                                                                                                                                        |                          |           |                          |           |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 1  | Soffre o ha mai sofferto di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se si, specificare quale _____                                                                                | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 2  | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?<br>Se si, specificare quale vaccino _____                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 3  | È affetto da patologie cardiache, polmonari (asma, BPCO,...), renali, diabete?<br>Se si, specificare quale _____                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 4  | È affetto da patologie del sangue (anemia, ...), della coagulazione o sta assumendo terapia anticoagulante o antiaggregante?<br>Se si, specificare quale _____                                                         | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 5  | Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) od è stato soggetto o è previsto un trapianto             | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 6  | Ha assunto per periodi prolungati, negli ultimi 3 mesi, farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (cortisonici, prednisone od altri steroidi o farmaci antitumorali) oppure si è sottoposto a terapia radiante? | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 7  | Durante lo scorso anno e l'anno in corso, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (g-globuline) o farmaci antivirali?                             | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 8  | Ha sofferto o soffre di crisi epilettiche, convulsioni od è in terapia anticonvulsivante, ovvero ha sofferto o soffre di patologie del sistema nervoso (centrale o periferico)?                                        | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 9  | Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 30 giorni?<br>Se si, quale/i _____                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 10 | È in stato di gravidanza o sta pianificando una gravidanza nel mese successivo alla vaccinazione?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 11 | Sta allattando?                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| 12 | Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:<br>_____<br>_____                                           |                          |           |                          |           |

Firma medico \_\_\_\_\_



Anamnestico