



<b>NOME E COGNOME:</b>	<b>Telefono:</b>		
<b>DATA DI NASCITA:</b>			
<b>ANAMNESI PRE-VACCINALE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
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?			
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? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli <b>ultimi 3 mesi</b> , ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....			
E' incinta?			
È mai risultato positivo ad un test COVID-19? Se sì, quando? .....			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese			
E' attualmente in quarantena			

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario che ha raccolto l'anamnesi \_\_\_\_\_

Eventuali note del medico vaccinatore \_\_\_\_\_

<b>NUMERO DOSE:</b>	<input type="checkbox"/> 1° dose	<input type="checkbox"/> 2° dose	<input type="checkbox"/> 3° dose	<input type="checkbox"/> 4° dose	<input type="checkbox"/> DOSE UNICA
<b>TIPOLOGIA VACCINO:</b>	<input type="checkbox"/> PFIZER	<input type="checkbox"/> MODERNA	<input type="checkbox"/> VAXZEVRIA	<input type="checkbox"/> JANSSEN	