



Nome e Cognome:		Telefono:		
Data di nascita:		Data di compilazione:		
<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 e firma dell'operatore sanitario che ha raccolto l'anamnesi

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

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