



NOME E COGNOME:	Telefono:		
DATA DI NASCITA:			
ANAMNESI PRE-VACCINALE	SI	NO	NON SO
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 ultimi 3 mesi , 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 _____

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