

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

DOSE:

3^a / booster

COGNOME NOME _____ SESSO _____
 DATA DI NASCITA ____/____/____ ETA' (anni compiuti) _____ CODICE FISCALE _____
 RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)
 TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

SCHEDA ANAMNESTICA

(da compilare da parte del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione)

Attualmente è malato?	☐ Sì	☐ No
Ha febbre?	☐ Sì	☐ No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	☐ Sì	☐ No
Se sì specificare: _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ Sì	☐ No
Se sì specificare: _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ Sì	☐ No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ Sì	☐ No
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 (radioterapia)?	☐ Sì	☐ No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ Sì	☐ No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	☐ Sì	☐ No
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni?	☐ Sì	☐ No
Se sì quali: _____		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")	☐ Sì	☐ No
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	☐ Sì	☐ No
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	☐ Sì	☐ No

Patologie da cui è affetto/a: _____

Terapia Farmacologica che sta assumendo: _____

ANAMNESI COVID19-CORRELATA

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 o affetta da Covid-19?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so
E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta dolore addominale/diarrea?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	☐ Sì	☐ No	
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	☐ Sì	☐ No	
Ha effettuato un test Covid-19? ☐ Nessun test Covid ☐ Test Covid19 NEGATIVO: Data..... ☐ Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): ☐ In attesa esito test Covid19 effettuato in data			
Per coloro che effettuano la 2° o 3° dose di vaccino anti-Covid 19:	☐ Sì		☐ No
Ha avuto reazioni dopo la 1° o 2° dose?			
Se sì, quali?			
Se sì, sono state segnalate ?	☐ Sì	☐ No	

CONSENSO INFORMATO

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:

- Dichiaro che ho letto e ho compreso le informazioni contenute nella nota informativa del vaccino che mi è stato offerto.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti
- Ho compreso i rischi e i benefici della vaccinazione.
- Ho compreso che qualora si verificasse un qualsiasi effetto collaterale di informare immediatamente il mio medico curante
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione per valutare che non si verifichino reazioni avverse immediate

- **Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino**
- **Rifiuto la somministrazione del vaccino**


A CURA DELL'OPERATORE:

CATEGORIA VACCINALE: _____			IDONEO VACCINO?	Osservazione PostVaccino
TIPO VACCINO				
1° DOSE	2° DOSE	3° DOSE		
☐ Pfizer-Biontech Comirnaty ☐ Spikevax (ex Moderna) ☐ Vaxzevria (AstraZeneca) ☐ Janssen	☐ Pfizer-Biontech Comirnaty ☐ Spikevax (ex Moderna) ☐ Vaxzevria (AstraZeneca)	☐ Pfizer-Biontech Comirnaty ☐ Spikevax (ex Moderna)	SI NO	☐ 15 minuti ☐ 30 minuti ☐ 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	☐ SX	☐ DX
----------------	-----------------------------	-----------------------------

FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____/____/____

SEDE VACCINALE : _____

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)

Lauro Perina

FIRMA VACCINATORE (leggibile)

Francesco Perina