



DOSE: \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ETA' (anni compiuti) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

### A CURA DELL'OPERATORE:

#### CATEGORIA DI RISCHIO:

##### TIPO VACCINO

##### 1° DOSE

- Pfizer-Biontech Comirnaty  
 Moderna mRNA-1273  
 Vaxzevria(AstraZeneca)  
 Janssen

##### TIPO VACCINO

##### 2° DOSE

- Pfizer-Biontech Comirnaty  
 Moderna mRNA-1273  
 Vaxzevria(AstraZeneca)

### CONSENSO INFORMATO

- 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 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**

### SCHEDE ANAMNESTICA

Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No



Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha ricevuto vaccinazioni <b>negli ultimi 14 giorni</b> ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Se sì quali: _____			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare sotto)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<b>Patologie da cui è affetto/a:</b> _____ _____			
<b>Terapia Farmacologica che sta assumendo:</b> _____ _____			
<b>ANAMNESI COVID19-CORRELATA</b>			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-cov2 o affetta da Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha effettuato un test covid-19? <input type="checkbox"/> Nessun test covid <input type="checkbox"/> Test Covid19 NEGATIVO: Data..... <input type="checkbox"/> Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): ..... <input type="checkbox"/> In attesa esito test Covid19			

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO  SX  DX

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE

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

FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

\_\_\_\_\_

FIRMA VACCINATORE (leggibile)

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_