

**Scheda Anamnestica**

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Data anamnesi _____

Spazio per
QR-Code con
Codice
Prenotazione**VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE**

1	Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	☐ SI	☐ NO
2	Manifesta uno dei seguenti sintomi: Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali, Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto, Dolore addominale/diarrea, Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? Se sì, specificare quale _____	☐ SI	☐ NO
3	Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? Se sì, specificare dove _____	☐ SI	☐ NO
4	Ha ricevuto negli ultimi 15 giorni la Somministrazione del vaccino Anti Covid-19	☐ SI	☐ NO
5	Ha un Test COVID-19 recente? Test COVID-19 Negativo – Data: ____/____/____ Test COVID-19 Positivo – Data: ____/____/____ In attesa di Test COVID-19 – Data: ____/____/____	☐ SI	☐ NO

ANAMNESI

1	Oggi ha la febbre o un disturbo importante, anche senza febbre? Specificare: _____	☐ SI	☐ NO
2	Ha già fatto la vaccinazione antinfluenzale in passato?	☐ SI	☐ NO
3	Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare quale _____	☐ SI	☐ NO
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ SI	☐ NO
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ SI	☐ NO
6	Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto	☐ SI	☐ NO
7	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	☐ SI	☐ NO
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stisomministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ SI	☐ NO

9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? ☐ **SI** ☐ **NO**

10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i _____ ☐ **SI** ☐ **NO**

11 Per le donne: è attualmente in stato di gravidanza? ☐ **SI** ☐ **NO**

12 Per le donne: sta allattando? ☐ **SI** ☐ **NO**

13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti? ☐ **SI** ☐ **NO**

Firma Operatore Sanitario _____