



Anamnestico

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

*Anamnesi***Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**

- 1 Attualmente è malato?  SI  NO  NON SO
- 
- 2 Ha febbre?  SI  NO  NON SO
- 
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì, specificare: \_\_\_\_\_  SI  NO  NON SO
- 
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI  NO  NON SO
- 
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SI  NO  NON SO
- 
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?  
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SI  NO  NON SO
- 
- 7 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?  SI  NO  NON SO
- 
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,  
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?  SI  NO  NON SO
- 
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SI  NO  NON SO
- 
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  
Se sì, quale/i? \_\_\_\_\_  SI  NO  NON SO

*Per le donne:*

- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?  SI  NO  NON SO
- 
- 12 Sta allattando?  SI  NO  NON SO

**Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:**


---



---



## Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

---

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?

---

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO

---

4 Test COVID-19:

**Nessun test** COVID-19 recente

Test COVID-19 **negativo** in data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Test COVID-19 **positivo** in data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**In attesa** di test COVID-19 in data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---

---

**Sta assumendo anticoagulanti?**  SI  NO  NON SO

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico \_\_\_\_\_