

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

DOSE:

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?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì specificare:</i> _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì 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 negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì quali:</i> _____		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")	<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


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?	<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 effettuato in data			
Per coloro che effettuano la 2° dose di vaccino anti-Covid 19:		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto reazioni dopo la 1° dose?			
<i>Se sì, quali?</i>			
<i>Se sì, sono state segnalate ?</i>		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 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 <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) <input type="radio"/> Vaxzevria(AstraZeneca) <input type="radio"/> Janssen	TIPO VACCINO 2° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) <input type="radio"/> Vaxzevria(AstraZeneca)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX
----------------	-----------------------------	-----------------------------

FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____ / ____ / ____

SEDE VACCINALE : _____

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)

FIRMA VACCINATORE (leggibile)