Dati personali

successivo alla somministrazione? Per le donne: sta allattando?

Sta assumendo farmaci anticoagulanti?

ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI-COVID19 ELENCO QUESITI

Nome e cognome:				
Data di nascita	Luogo di nascita:			
Residenza:	Telefono:			
			· · · · · · · · ·	
Ha già ricevuto la somministrazione di un'analoga tipologia di vaccino?			NO	NON SC
Se si, quale/i?				
				•
Modulo standard o	di <i>triage</i> prevaccinale			
Attualmente è malato?	0- L	SI	NO	NON SC
Ha febbre?		SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a far	maci, ad altre sostanze o ai	SI	NO	NON SC
componenti del vaccino?		L	1	
Se si specificare:				
			• • • • • • • • • •	
He mai conto una maniana anno 1 anno 1 anno 1	um viaccina?	CT	NIO	NON GO
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto	un vaccino?	SI SI	NO	NON SC
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o			NO	NON SO
altre malattie del sangue o della coagulazione?			NO	NOM 90
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio:				NON SO
cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indebo	liscono il cietame immunitaria	SI	NO	NON SO
(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o fa	31	INU	INON SC	
subito trattamenti con radiazioni?	imaci antitumoran, oppure na			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione	SI	NO	NON SO	
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline		1,0	1,01,00	
Ha avuto disturbi neurologici, epilessia o convulsion	SI	NO	NON SC	
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?				NON SC
Se si, quale/i?		SI	NO	1
Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avv	iare una gravidanza nel mese	SI	NO	NON SO



SI

NO

NON SO

NO NON SO



ALLEGATO A DGR n. 1020 del 16 agosto 2022

pag. 15 di 15

Modulo standard di Anamnesi COVID-19 - Correlata						
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o			NON SO			
affetta da COVID-19?						
Manifesta uno dei seguenti sintomi:						
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	SI	NO	NON SO			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	SI	NO	NON SO			
Dolore addominale/diarrea?			NON SO			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	SI	NO	NON SO			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			NON SO			
Test COVID-19 (barrare con una X ed eventualmente riportare la data)						
Nessun test COVID-19 recente						
Test COVID-19 negativo Data:						
Test COVID-19 positivo	Data:					
In attesa di test COVID-19	Data:					

Firma	(per esteso	leggibile)	
Data .			

Le Note Informative relative ai vaccini somministrati, costantemente aggiornate dal Ministero della Salute – AIFA, sono disponibili presso la Farmacia in cui si effettua la vaccinazione.



