

**SCHEDA ANAMNESTICA - VACCINAZIONI ANTINFLUENZALE E COVID**

Cognome e Nome:.....	
Data di Nascita:.....	Luogo di Nascita:.....
Telefono:.....	Mail:.....
Codice Fiscale:.....	

Per quale vaccinazione ha effettuato la prenotazione?	<input type="checkbox"/> Vaccinazione <b>ANTINFLUENZALE</b>
	<input type="checkbox"/> Vaccinazione <b>COVID</b>
	<input type="checkbox"/> Entrambe
Oggi sta bene?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto o ha malattie importanti?	
Se sì, specificare se: Malattia neurologica_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se: Malattia per immunodeficienza_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se: Malattia neurologica_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se: Malattia per immunodeficienza_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Assume farmaci con continuità come	
cortisonici ad alte dosi_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
antineoplastici_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
farmaci immunologici_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La persona nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue emoderivati o immunoglobuline?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' allergico a qualche alimento, farmaco?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, a quale componente? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni gravi dopo qualche vaccinazione?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, a quale vaccino_____	
Se sì, specificare se: reazioni gravi_____	
Se donna, è in stato di gravidanza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Note:\_\_\_\_\_

Data e Luogo	Firma
_____	_____