

## VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando a casa prima di recarsi all'appuntamento della vaccinazione ANTI-COVID-19.

**La stessa verrà riesaminata insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**

Nome e Cognome:			
Data di nascita:			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Oggi sta bene?			
Soffre di allergie a lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi tre mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema immunitario?			
E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....			
È mai risultato positivo ad un test COVID-19? Se sì, quando? .....			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Soffre di una delle seguenti malattie? (barare la malattia interessata)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fibrosi polmonare idiopatica</li> <li>○ Scompenso cardiaco in classe avanzata</li> <li>○ Pazienti post shock cardiogeno</li> <li>○ SLA e altre malattie del motoneurone</li> <li>○ Sclerosi multipla</li> <li>○ Distrofia muscolare</li> <li>○ Paralisi cerebrali infantili</li> <li>○ Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive</li> <li>○ Miastenia gravis</li> <li>○ Patologie neurologiche disimmuni</li> </ul>			



- Diabete di tipo 1
- Diabete di tipo 2 con necessità di almeno 2 farmaci o con complicanze
- Morbo di Addison
- Panipopituitarismo
- Grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza
- Immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico
- Cirrosi epatica
- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione autonomia neurologica e cognitiva
- Stroke nel 2020 e per gli anni precedenti con ranking > 3
- Talassemia
- Sindrome di Down
- Anemia a cellule falciformi
- Pazienti in attesa o sottoposti a trapianto di CSE dopo i 3 mesi e fino a 1 anno
- Pazienti trapiantati di CSE anche dopo il 1<sup>^</sup> anno, nel caso abbiano sviluppato GVHD cronica
- Pazienti obesi con BMI > 35
- Pazienti con diagnosi di AIDS o < 200 CD4

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo, ed in particolare quelli anticoagulanti:

---

---

---

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

---

---

---

Data

Firma del vaccinando

---

---

