



Anamnestico

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

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

Telefono \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

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

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



**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 Soffredi allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì, specificare: \_\_\_\_\_  SI     NO     NON SO

---

- 4 Hai mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI      NO     NON SO

---

- 5 Soffredi malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SI     NO     NON SO

---

- 6 Si trovi 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 anomali 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**

---

---

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

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