



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**

**Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo**  
**CF e P.IVA: 05841790826**

**U.O.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA CON REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA**

Dipartimento Assistenziale Integrato di Oncologia e Sanità Pubblica - Responsabile: Prof. Francesco Vitale  
Laboratori di Riferimento Regionale per la Sorveglianza dell'Influenza, del Morbillo, della Rosolia Congenita e della Tubercolosi  
Laboratorio di Riferimento Regionale della Sicilia Occidentale per l'Emergenza COVID-19  
Ambulatorio Vaccinale dell'AOU "P. Giaccone"

Via del Vespro n.133  
Tel. 091.6553639  
Email: [registrotumoripalermo@unipa.it](mailto:registrotumoripalermo@unipa.it) -- [epidemiologia.registrotumori@policlinico.pa.it](mailto:epidemiologia.registrotumori@policlinico.pa.it)

## VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - *SCHEDA ANAMNESTICA*

Da compilare a cura del *Vaccinando*

Nome e Cognome:	Numero Telefono		
<b>Anamnesi</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci, a componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....			
Ha mai avuto una reazione allergica grave dopo aver preso un farmaco o effettuato una vaccinazione?			
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? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS)			
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?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue/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 nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____ Se sì, quando? _____			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta entro 1 mese dalla prima o seconda somministrazione di vaccino? - sta attualmente allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---

---



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**

**Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826**

**U.O.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA CON REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA**

Dipartimento Assistenziale Integrato di Oncologia e Sanità Pubblica - Responsabile: Prof. Francesco Vitale  
Laboratori di Riferimento Regionale per la Sorveglianza dell'Influenza, del Morbillo, della Rosolia Congenita e della Tuberculosis  
Laboratorio di Riferimento Regionale della Sicilia Occidentale per l'Emergenza COVID-19  
Ambulatorio Vaccinale dell'AOUP "P. Giaccone"

Via del Vespro n.133  
Tel. 091.6553639  
Email: registrotumoripalermo@unipa.it – epidemiologia.registrotumori@policlinico.pa.it

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?		
Manifesta attualmente uno dei seguenti sintomi?		
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil- influenzali		
• Mal di gola		
• perdita dell'olfatto o del gusto		
• Dolore addominale/diarrea		
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi		
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? Se sì dove_____		
Tampone Molecolare SARS-CoV-2/COVID-19:		
• Nessun tampone SARS-CoV-2/COVID-19 recente		
• Test SARS-CoV-2/COVID-19 negativo (se si data ultimo tampone_____)		
In passato ha avuto una positività al SARS- CoV-2 e/o una forma clinica di COVID-19		
Se sì, in quale mese_____		
Se sì, data negativizzazione tampone molecolare_____		
Se sì, è stata ricoverata in ospedale?		
Se sì, ha valutato di recente lo status sierologico?		
Se sì, tale titolo è attualmente sopra i 55pg/mL?		

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

---

---

---