Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

REGIONE DEL VENETO

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE stagione 24-25 / Covid-19

SCHEDA ANAMNESTICA

COGNOME e NOME	
LUOGO e DATA DI NASCITA	**età (compiuta)**
CF	
TEL	**mail**
QUALIFICA:	

A quale vaccinazione vuole sottoporsi?	□ **Antinfluenzale** □ **Covid-19**

Attualmente sta bene ?	□ SI	□ NO
Ha la febbre?	□ SI	□ NO
Soffre di allergia al lattice? A qualche cibo? A farmaci o ai componenti del vaccino? Se **SI** specificare In particolare è allergico alle proteine delle uova?	□ SI	□ NO
Ha mai avuto una reazione dopo aver ricevuto il vaccino? Se **SI** specificare Reazioni locali_____ Reazioni generali lievi_____ Reazioni generali gravi_____	□ SI	□ NO
Soffre di malattie cardiache o polmonari , asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	□ SI	□ NO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (es. cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	□ SI	□ NO
Negli ultimi 3 mesi , ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es. cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, immunologici, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?	□ SI	□ NO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o altri farmaci antivirali?	□ SI	□ NO
Ha avuto attacchi di convulsioni, epilessia o problemi al sistema nervoso?	□ SI	□ NO
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi **14 giorni**? Se **SI** quali? _____	□ SI	□ NO
Per le <u>donne</u>: è incinta o sta pensando di rimanere incinta?	□ SI	□ NO
Per le <u>donne</u>: sta allattando?	□ SI	□ NO

Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

REGIONE DEL VENETO

ANAMNESI COVID- CORRELATA			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SarsCov2 che lei sappia?	□ SI	□ NO	□ NON SO
Ha effettuato recentemente un test Covid-19? Se SI DATA_____ □ POSITIVO □ NEGATIVO	□ SI	□ NO	
Ha avuto reazioni dopo eventuali precedenti dosi di vaccino anti-Covid? Se SI quali? _____	□ SI	□ NO	

CONSENSO INFORMATO
-. Ho letto o mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta da AIFA del vaccino/i che mi sono stati offerti; - Ho riferito al Personale Sanitario le patologie attuali e/o pregresse e le terapie in corso di esecuzione. - Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. - Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici e rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia alla vaccinazione. - Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico Curante e seguirne le indicazioni. - Accetto di rimanere in sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino □ Antinfluenzale _____ □ Anti-Covid- 19 Comirnaty JN.1

DATA E LUOGO	FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

A CURA DELL'OPERATORE			
Vaccinazione eseguita	□ Antinfluenzale	Arto superiore	□ dx □ sx
	□ Anti Covid-19	Arto superiore	□ dx □ sx
Lotto vaccinale n.			
Operatore che esegue la vaccinazione	COGNOME e NOME _____	FIRMA _____	

Luogo e Data

_____

Firma del Medico che raccoglie l'anamnesi

_____