

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?	<input type="checkbox"/> Antinfluenzale
	<input type="checkbox"/> Covid-19

Attualmente sta bene ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha la febbre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di allergia al latte? A qualche cibo? A farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI specificare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In particolare è allergico alle proteine delle uova?		
Ha mai avuto una reazione dopo aver ricevuto il vaccino? Se SI specificare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reazioni locali _____ Reazioni generali lievi _____ Reazioni generali gravi _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari , asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (es. cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto attacchi di convulsioni, epilessia o problemi al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni ? Se SI quali? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ANAMNESI COVID- CORRELATA

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SarsCov2 che lei sappia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Ha effettuato recentemente un test Covid-19? Se SI DATA _____ <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ha avuto reazioni dopo eventuali precedenti dosi di vaccino anti-Covid? Se SI quali? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

CONSENSO INFORMATO

<ul style="list-style-type: none"> - 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 <input type="checkbox"/> Antinfluenzale _____ <input type="checkbox"/> Anti-Covid- 19 Comirnaty JN.1	
DATA E LUOGO	FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

A CURA DELL'OPERATORE

Vaccinazione eseguita	<input type="checkbox"/> Antinfluenzale	Arto superiore	<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx
	<input type="checkbox"/> Anti Covid-19	Arto superiore	<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx
Lotto vaccinale n.			
Operatore che esegue la vaccinazione	COGNOME e NOME _____	FIRMA _____	

Luogo e Data

Firma del Medico che raccoglie l'anamnesi
