

ALLEGATO 2
AL MODULO DI CONSENSO

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai
Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome:	Codice Fiscale:	Telefono:
ROSA DAVIDE	DVDRSO49P67I862E	3281811858

Attualmente è malato? NO

Ha febbre? NO

Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: NO

Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? NO

Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? NO

Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? NO

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?	NO
--	----

Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	NO
--	----

Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	NO
---	----

Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì quale/i?	NO
---	----

Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	NO
--	----

Per le donne: sta allattando?	NO
-------------------------------	----

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:

EUTIROX 100, VASORETIC, DAFLON 500, MIODIURETIC (2 VOLTE ALLA SETTIMANA).

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	NO
---	----

Manifesta uno dei seguenti sintomi:

· Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil- influenzali?	NO
--	----

· Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	NO
---	----

· Dolore addominale/diarrea?	NO
------------------------------	----

· Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	NO
---	----

Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	NO
---	----

Test COVID-19:	Nessun test COVID-19 recente
----------------	------------------------------

NO.

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

TRAPIANTO CORNIA (MARZO 2020);POSIZIONAMENTO CRISTALLINO (NOVEMBRE 2020); PROTESI GINOCCHIA (2017).
