

# VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19 - SCHEDA TRIAGE PREVACCINALE

Versione 01. del 25/03/2021

nome			
<b>ANAMNESI</b>	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di <b>ALLERGIE</b> al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: .....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di <b>MALATTIE</b> cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di <u>compromissione del sistema immunitario</u> ? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
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 o 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? .....			
• Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? - sta allattando?			

• Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	
---	--

Sintesi clinica (malattie sofferte ed eventuale terapia):

VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19 - ANAMNESI COVID19 CORRELATA

<b>Anamnesi COVID-correlata</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolore addominale/diarrea?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?</li> </ul>			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessun test COVID-19 recente</li> <li>• Test COVID-19 negativo (Data:_____)</li> <li>• Test COVID-19 positivo (Data:_____)</li> <li>• In attesa di test COVID-19 (Data:_____)</li> </ul>			