



Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data anamnesi \_\_\_\_\_

Spazio per  
QR-Code  
con  
Codice  
Prenotazio  
ne**VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE**

- 1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO
- 2 Manifesta uno dei seguenti sintomi: Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali, Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto, Dolore addominale/diarrea, Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?  
Se sì, specificare quale \_\_\_\_\_  SI  NO
- 3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  
Se sì, specificare dove \_\_\_\_\_  SI  NO
- 4 Ha un Test COVID-19 recente?  SI  NO  
Test COVID-19 Negativo – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Test COVID-19 Positivo – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
In attesa di Test COVID-19 – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ANAMNESI**

- 1 Attualmente è malato?  SI  NO
- 2 Ha febbre?  SI  NO
- 3 Soffre o ha mai sofferto di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì, specificare quale \_\_\_\_\_  SI  NO
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI  NO
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SI  NO
- 6 Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto  SI  NO
- 7 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?  SI  NO
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?  SI  NO
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SI  NO
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  
Se sì, quale/i \_\_\_\_\_  SI  NO
- 11 Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?  SI  NO
- 12 Per le donne: sta allattando?  SI  NO
- 13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti?  SI  NO

Firma Operatore Sanitario \_\_\_\_\_