

**SCHEDA ANAMNESTICA TERZA VACCINAZIONE  
ANTI-SARS CoV-2/COVID-19**

**PFIZER-BIONTECH COVID-19**

**MODERNA COVID-19**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ data seconda dose \_\_\_\_\_

Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della seconda somministrazione si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...)  SI  NO

(se SI precisare le variazioni): \_\_\_\_\_

Dopo la somministrazione della seconda dose di vaccino ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..).  SI  NO Se SI,

tipo di reazione: \_\_\_\_\_

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: \_\_\_\_\_

**IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE**

Precedenti reazioni avverse a vaccini:  SI  NO Se SI,

nome di vaccino che ha dato reazione: \_\_\_\_\_

tipo di reazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:  SI  NO Se SI,

tipo di reazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Precedenti reazioni avverse a farmaci:  SI  NO Se SI,

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

È affetto da mastocitosi sistemica:  SI  NO

È affetto da asma bronchiale "non controllato" ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l'uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolospay:  SI  NO

Data e luogo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma operatore sanitario/vaccinando: \_\_\_\_\_

**CONCLUSIONI A CURA DELL'OPERATORE SANITARIO CHE RACCOGLIE L'ANAMNESI:**

Vaccinabile senza precauzioni  Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

Firma dell'operatore sanitario: \_\_\_\_\_

N.B. in caso di reazione locale anche estesa dopo la dose "booster" somministrata, vaccinare prolungando il tempo di attesa a 30 minuti senza ulteriori precauzioni (documento SIAAIC/AAIITO, 2021); in caso di sospetta reazione generalizzata allergica inviare in ambiente protetto allergologico.

La presente scheda anamnestica propedeutica alla somministrazione di dose aggiuntiva vaccinale Covid-19.19 a beneficio di ospiti di strutture socio-sanitarie può essere compilata dall'operatore sanitario a contatto con il paziente nei giorni successivi alla somministrazione di prima dose

**VACCINAZIONE ANTI-COVID-19**

**SCHEDA ANAMNESTICA**

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

Nome e Cognome:		Telefono:		
<b>Anamnesi</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie 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 malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (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?			

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:

---



---



---



---



---



---

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO	NON SO
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 simil-influenzali?</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>			

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

---



---



---



---



---



---



---



---