



VACCINAZIONE ANTI COVID-19

ANAMNESI per inserimento Piattaforma Regione Piemonte

NOME E COGNOME _____	
DATA DI NASCITA _____/_____/_____	LUOGO DI NASCITA _____ (_____)
RESIDENZA _____	
CONTATTO TELEFONICO _____	
CODICE FISCALE _____	

	Anamnesi	SI	NO
16	STA BENE OGGI? Specificare:		
17	HA MAI AVUTO CONVULSIONI, EPILESSIA O DISTURBI NEUROLOGICI? Specificare:		

	Anamnesi	SI	NO
18	È ALLERGICA/O A FARMACI, ALIMENTI, AL LATTICE O ALTRE SOSTANZE? Specificare:		
19	HA MAI AVUTO REAZIONI GRAVI AD UNA PRECEDENTE DOSE DI VACCINO? Specificare:		
20	HA DEFICIT DEL SISTEMA IMMUNITARIO O ALTRE MALATTIE COME TUMORE, LEUCEMIA, INFEZIONE DA HIV? Specificare:		
21	HA MALATTIE CRONICHE AUTOIMMUNI/REUMATICHE, METABOLICHE, CARDIACHE, RESPIRATORIE, RENALI, DI ALTRI ORGANI O APPARATI O DISTURBI DELLA COAGULAZIONE? Specificare:		
22	NEGLI ULTIMI 6 MESI, HA ATTUATO TERAPIE DI LUNGA DURATA, HA ASSUNTO FARMACI CON CONTINUITÀ OPPURE È STATA/O SOTTOPOSTA/O A RADIOTERAPIA O DIALISI? Specificare:		

	Anamnesi	SI	NO
23	È STATA/O SOTTOPOSTA/O AD INTERVENTI CHIRURGICI NELLE ULTIME 4 SETTIMANE? Specificare:		
25	NELL'ULTIMO ANNO HA RICEVUTO TRASFUSIONI DI SANGUE, EMODERIVATI O IMMUNOGLOBULINE? Specificare:		
27	HA MAI AVUTO CONVULSIONI, EPILESSIA O DISTURBI NEUROLOGICI? Specificare:		
28	HA RICEVUTO VACCINAZIONI NELLE ULTIME 4 SETTIMANE? Specificare:		
34	SE DONNA, È IN GRAVIDANZA?		
35	SE DONNA, C'È LA POSSIBILITÀ CHE SIA IN GRAVIDANZA NEL PROSSIMO MESE? Specificare:		
24.2	SE DONNA, STA ALLATTANDO?		

29 Specifichi di seguito farmaci, integratori anche naturali, vitamine, minerali, medicinali alternativi, patologie o notizie utili sul suo stato di salute non comprese nelle domande precedenti:

	Anamnesi COVID-19 correlata	SI	NO
30	NELL'ULTIMO MESE È STATA/O IN CONTATTO CON UNA PERSONA CONTAGIATA DA SARS-COV-2 O AFFETTA DA COVID-19? Specificare:		
31	MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?		
31.1	tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali		
31.2	mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto		
31.3	dolore addominale/diarrea		
31.4	lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi		
32	HA COMPIUTO VIAGGI INTERNAZIONALI NELL'ULTIMO MESE?		
33	test COVID-19		
33.1	nessun test COVID-19 recente		
33.2	test COVID-19 negativo in data:		
33.3	test COVID-19 positivo in data:		
33.4	in attesa di test COVID-19 in data:		