

MODULO STANDARD DI ANAMNESI COVID19 – 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 di questi sintomi?

SI
NO
NON SO

 Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?

SI
NO
NON SO

 Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

SI
NO
NON SO

 Dolore addominale/diarrea?

SI
NO
NON SO

 Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

SI
NO
NON SO

 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?

Test COVID-19:

SI
NO
NON SO

 Nessun test COVID-19 recente

SI
NO
NON SO

 Test COVID-19 negativo. Data: _____

SI
NO
NON SO

 Test COVID-19 positivo. Data: _____

SI
NO
NON SO

 In attesa di test COVID-19. Data: _____
ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE

SI
NO
NON SO

 Attualmente malato?

SI
NO
NON SO

 Ha febbre?

SI
NO
NON SO

 Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare

SI
NO
NON SO

 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?

SI
NO
NON SO

 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?

SI
NO
NON SO

 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?

SI
NO
NON SO

 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?

SI
NO
NON SO

 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
NON SO

 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?

SI
NO
NON SO

 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?

SI
NO
NON SO

 Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?

SI
NO
NON SO

 Per le donne: - sta allattando?

SI
NO
NON SO

 Sta assumendo farmaci anticoagulanti?

Data e luogo

Firma

.....