

INAIL - VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

Gentile Lavoratrice/Lavoratore,

Preso atto della Sua volontà ad essere vaccinata/o attraverso il canale dell'INAIL, La invitiamo a prendere visione ed a compilare in ogni sua parte la presente "Scheda Anamnestica" avendo cura di inviarla (datata e firmata), allo scrivente indirizzo mail.

Tutte le informazioni da Lei fornite mediante la suddetta scheda, nonché gli eventuali dubbi e domande che dovessero sorgere verranno rispettivamente riesaminate e discusse insieme ai Professionisti Sanitari INAIL il giorno della vaccinazione.

NOME E COGNOME	DATA E COMUNE DI NASCITA	RECAPITI
Nome: _____ Cognome: _____	Nata/o a: _____ Il _____ CF _____	Telefono: _____ Cellulare: _____ Email: _____

ANAMNESI 1/2	SI	NO	NON SO
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 allergica 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 2/2	SI	NO	NON SO
Ha mai sofferto di reazione allergica SEVERA (che abbia necessitato dell'intervento in urgenza di personale sanitario) da qualsiasi causa o da causa non nota? Se sì, specificare: _____ _____			
Attualmente è in trattamento con <i>immunoterapia specifica per veleni</i> (VIT)? Se sì, specificare data ultima somministrazione: _____			
Se affetto da asma: (Nelle ultime 4 settimane ho avuto)			
• Sintomi diurni di asma più di due volte a settimana			
• Risvegli notturni dovuti all'asma			
• Necessità di usare il farmaco d'emergenza (broncodilatatore) più di due volte a settimana			
• Ha avuto qualche limitazione delle proprie attività quotidiane dovute all'asma?			
Ha diagnosi di MASTOCITOSI?			
Ha mai sofferto di eventi trombotici a carico del cervello (ICTUS, TIA) e/o a carico degli arti inferiori (TVP)?			

Ha mai avuto reazioni allergiche a glicole polietilenico (PEG) e/o polisorbati, olio di ricino poliossile 35 (es. Paclitaxel) contenuto in un farmaco o in un vaccino?			
Ha mai avuto reazioni allergiche a lassativi o a preparazioni per colonscopia?			
Ha mai avuto reazioni allergiche solo verso determinati farmaci (originale e/o generico) o a determinate dosi dello stesso farmaco?			

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?			
<u>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</u>			
<input type="checkbox"/> Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil - influenzali?			
<input type="checkbox"/> Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
<input type="checkbox"/> Dolore addominale/diarrea?			
<input type="checkbox"/> Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<u>Test COVID-19:</u>			
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente			
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data: _____)			
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data: _____)			
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

Luogo e data _____

Firma Leggibile

