

Da compilare a cura del genitore e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nome e cognome del minore _____  |                          |                          |                          |
| Data di nascita _____  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                | <b>NON SO</b>            |
| Attualmente è malato?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha febbre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?<br>Se SI, specificare _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Per le ragazze</b> : è incinta ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Riferisca eventuali patologie del minore \_\_\_\_\_

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo: \_\_\_\_\_

| <b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                | <b>NON SO</b>            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b>   |                          |                          |                          |
| • Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolore addominale/diarrea?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TEST COVID-19:</b>  |                          |                          |                          |
| • Nessun test COVID-19 recente   |                          |                          |                          |
| • Test COVID-19 negativo (data _____)  |                          |                          |                          |
| • Test COVID-19 positivo (data _____)  |                          |                          |                          |

Genitore \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Sanitario \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_