



Anamnestico

**Anamnesi**

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

- 1 Attualmente è malato?  SI  NO  NON SO
- 
- 2 Ha febbre?  SI  NO  NON SO
- 
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  SI  NO  NON SO  
 Se sì, specificare: \_\_\_\_\_
- 
- 4 Hai mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI  NO  NON SO
- 
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SI  NO  NON SO
- 
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SI  NO  NON SO
- 
- 7 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
- 
- 8 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
- 
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SI  NO  NON SO
- 
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  SI  NO  NON SO  
 Se sì, quale/i?: \_\_\_\_\_
- 
- Per le donne:*
- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?  SI  NO  NON SO
- 
- 12 Sta allattando?  SI  NO  NON SO
- 

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

---

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle categorie come evidenziato nella scheda A:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità (es. asilo)                          | <input type="checkbox"/> Personale di laboratorio            |
| <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio                  | <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio |
| <input type="checkbox"/> Detenuto  | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio |
| <input type="checkbox"/> Età > 60  | <input type="checkbox"/> Donatori di sangue                  |
| <input type="checkbox"/> Forze di Polizia  | <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico                |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco  | <input type="checkbox"/> Staff strutture di lungodegenza     |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza                                     | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria        |
| <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario                                     | <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità |
| <input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari                                  | <input type="checkbox"/> Altro                               |
| <input type="checkbox"/> Anziani lungodegenza                                    | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia  |
| <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Nessuna indicazione                 |



Autocertificazione



Anamnestico

### Anamnesi

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

1 Attualmente è malato?  SI  NO  NON SO

2 Ha febbre?  SI  NO  NON SO

3 Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  SI  NO  NON SO  
Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

4 Hai mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI  NO  NON SO

5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SI  NO  NON SO

6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SI  NO  NON SO

7 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

8 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

9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SI  NO  NON SO

10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  SI  NO  NON SO  
Se sì, quale/i?: \_\_\_\_\_

#### Per le donne:

11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?  SI  NO  NON SO

12 Sta allattando?  SI  NO  NON SO

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle categorie come evidenziato nella scheda A:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità (es. asilo)                          | <input type="checkbox"/> Personale di laboratorio            |
| <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio                  | <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio |
| <input type="checkbox"/> Detenuto  | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio |
| <input type="checkbox"/> Etá > 60  | <input type="checkbox"/> Donatori di sangue                  |
| <input type="checkbox"/> Forze di Polizia  | <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico                |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco  | <input type="checkbox"/> Staff strutture di lungodegenza     |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza                                     | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria        |
| <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario                                     | <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità |
| <input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari                                  | <input type="checkbox"/> Altro                               |
| <input type="checkbox"/> Anziani lungodegenza                                    | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia  |
| <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Nessuna indicazione                 |



Autocertificazione