Scheda Anamnestica - Quesiti

VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE

1	Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
2	Manifesta uno dei seguenti sintomi: Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali, Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto, Dolore addominale/diarrea, Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? Se sì, specificare quale _____	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
3	Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? Se sì, specificare dove _____	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
4	Ha un Test COVID-19 recente?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO

Test COVID-19 Negativo
Data: __/__/____

Test COVID-19 Positivo
Data: __/__/____

In attesa di Test COVID-19
Data: __/__/____

ANAMNESI

1	Attualmente è malato?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
2	Ha febbre?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
3	Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare quale _____	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
4	Ha 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 situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
7	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od 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? Se sì, quale/i _____	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
11	Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
12	Per le donne: sta allattando?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
13	Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO