


**1<sup>a</sup> dose vaccino**
**NUVAXOVID (Novavax)**

.....

data:

**Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_



Attività lavorativa \_\_\_\_\_

**Sezione 2 - ANAMNESI PREVACCINALE**

Oggi è in buone condizioni di salute?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha febbre?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? se sì, specificare: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es patologia tumorale, leucemia, linfoma, hiv/aids, trapianto)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	si <input type="checkbox"/> no <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?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Ha ricevuto vaccinazioni anti COVID-19 con vaccino diverso da NUVAXOVID?</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
È incinta o sta programmando una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sta allattando?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Specifica di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
---	---

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID-19?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta tosse/raffreddore/ febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta dolore addominale/ diarrea?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Ha mai avuto un tampone positivo per COVID-19? Se sì, specificare quando:</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Firma dell'operatore sanitario _____	

Sezione 3 - RISERVATA AL MEDICO O ALL'OPERATORE SANITARIO	
	
<b>PUÒ ESEGUIRE LA VACCINAZIONE?</b>	
<b>PERIODO DI OSSERVAZIONE DOPO LA VACCINAZIONE</b>	
attendere <b>15 minuti</b> <input type="checkbox"/> attendere <b>30 minuti</b> <input type="checkbox"/> attendere <b>60 minuti</b> <input type="checkbox"/>	
Firma dell'operatore sanitario _____	
data _____	