



seconda dose di richiamo (second booster - 4^a dose)


CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID 19

data 3^a dose:

Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI : da compilare a cura del Vaccinando	
Cognome Nome _____ nato il ____/____/____	
Residente a _____ CF _____	
telefono _____ ETÀ (anni compiuti) _____	
Sezione 2 - ANAMNESI PREVACCINALE: da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti sanitari addetti alla vaccinazione	
Oggi sta bene?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha avuto un tampone POSITIVO per COVID-19 dopo aver eseguito le altre dosi di vaccino anti Covid19? Se Sì, specificare quando:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? se Sì , specificare: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di nuove malattie rispetto a quando ha eseguito le altre dosi di vaccino anti Covid19? Se Sì , di quale malattia si tratta?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sta assumendo farmaci diversi rispetto a quando ha eseguito la altre dosi di vaccino anti Covid19? Se Sì , tra i nuovi farmaci che sta assumendo, ci sono cortisonici ad alte dosi, antitumorali, anticoagulanti?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto altre vaccinazioni oltre al vaccino anti Covid19?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni dopo le precedenti dosi di vaccino anti Covid19? Se Sì , di che reazioni si tratta? _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Riferisca altre notizie utili sul suo stato di salute:

data

 **firma del Vaccinando**

Sezione 3 - RISERVATA AL MEDICO / OPERATORE SANITARIO del Centro Vaccinale

ANAMNESI INVARIATA

Note:

PUÒ ESEGUIRE LA VACCINAZIONE?



VACCINO DA SOMMINISTRARE: **PFIZER Comirnaty (formulazione bivalente)**

PERIODO DI OSSERVAZIONE DOPO LA VACCINAZIONE:

attendere **15 minuti**

attendere **30 minuti**

attendere **60 minuti**

Operatore sanitario che ha valutato il raccordo anamnestico:

.....
Cognome e Nome *firma*

Operatore sanitario VACCINATORE:

.....
Cognome e Nome *firma*

data