

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ data prima vaccinazione _____

Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della prima somministrazione si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...) SI NO

(se SI precisare le variazioni): _____

Dopo la somministrazione della prima dose di vaccino ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc...). SI NO Se SI,

tipo di reazione: _____

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: _____

IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE

Precedenti reazioni avverse a vaccini: SI NO Se SI,

nome di vaccino che ha dato reazione: _____

tipo di reazione _____ data _____

Precedenti reazioni allergiche gravi (anaflassi) da causa non nota: SI NO Se SI,

tipo di reazione _____ data _____

Precedenti reazioni avverse a farmaci: SI NO Se SI,

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

È affetto da mastocitosi sistemica: SI NO

È affetto da asma bronchiale "non controllato" ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l'uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamol spray: SI NO

Data e luogo: ____/____/____, _____

Firma operatore sanitario/vaccinando: _____

CONCLUSIONI A CURA DELL'OPERATORE SANITARIO CHE RACCOGLIE L'ANAMNESI:

Vaccinabile senza precauzioni Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

Firma dell'operatore sanitario: _____

N.B. in caso di reazione locale anche estesa dopo la prima dose somministrata vaccinare prolungando il tempo di attesa a 30 minuti senza ulteriori precauzioni (documento SIAAIC/AAIITO, 2021); in caso di sospetta reazione generalizzata allergica inviare in ambiente protetto allergologico.

La presente scheda anamnestica propedeutica alla somministrazione di seconda dose vaccinale Covid-19 a beneficio di ospiti di strutture sociosanitarie può essere compilata dall'operatore sanitario a contatto con il paziente nei giorni successivi alla somministrazione di prima dose.