

بیماریوں کی انفارمیشن شیٹ ویکسین اینٹی سارس / کوو ٹو / کوویڈ 19 کی دوسری ڈوز کے لیے

## SCHEDA ANAMNESTICA SECONDA VACCINAZIONE ANTI-SARS CoV-2/COVID-19

PFIZER-BIONTECH COVID-19  MODERNA COVID-19  NUVAXOVID COVID-19

نام اور سر نیم: \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

پہلی ویکسین کی تاریخ \_\_\_\_\_

data prima vaccinazione \_\_\_\_\_

پہلے ویکسین پہ جو آپ نے اپنی بیماریوں کے بارے میں انفارمیشن دی تھی اس میں کوئی تبدیلی تو نہیں آئی (حمل، بچے کو دودھ پلانا، انفیکشن سارس کوو ٹو کا جواب نئی دوائیاں یا اور کچھ...)

جی  نہیں

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

اگر کوئی تبدیلی ہے تو بتائیں \_\_\_\_\_

(se SI precisare le variazioni): \_\_\_\_\_

پہلی ویکسین لگنے کے فوراً بعد کوئی ری ایکشن تو نہیں ہوا (خارش، جسم کا لال ہونا یا سوزش یا کچھ اور...).

جی  نہیں

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

اگر کوئی ری ایکشن ہے تو بتائیں \_\_\_\_\_

Se SI,  
tipo di reazione: \_\_\_\_\_

ویکسین لگوانے کے کتنی دیر بعد ری ایکشن ہوا \_\_\_\_\_

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: \_\_\_\_\_

اگر کوئی ریکشن ہوا ہے تو یہ بھی پر کریں

### IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE

پہلے لگنے والے ویکسین سے ری ایکشن تو نہیں ہوا

□ جی □ نہیں

Precedenti reazioni avverse a vaccini: □ SI □ NO

\_\_\_\_\_ اگر جی ہے تو جس ویکسین سے ہوا ہے نام بتائیں

Se SI, nome di vaccino che ha dato reazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ کس قسم کا ری ایکشن ہوا وہ بتائیں

tipo di reazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ جس تاریخ کو ہوا

data \_\_\_\_\_

پہلے کوئی الرجی ہوئی ہو جس کی وجہ معلوم نہ ہو تو بتائیں

□ جی □ نہیں

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota: □ SI □ NO

\_\_\_\_\_ اگر جی ہے تو کس قسم کا ری ایکشن ہوا وہ بتائیں

Se SI, tipo di reazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ جس تاریخ کو ہوا

data \_\_\_\_\_

اگر دوائوں سے خطرناک ری ایکشن ہے تو بتائیں

□ جی □ نہیں

Precedenti reazioni avverse a farmaci: □ SI □ NO

بتائیں اگر جی ہے تو

Se SI,

\_\_\_\_\_ دوائی کا نام \_\_\_\_\_ ری ایکشن \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

دوائی کا نام \_\_\_\_\_ ری ایکشن \_\_\_\_\_

- nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione

دوائی کا نام \_\_\_\_\_ ری ایکشن \_\_\_\_\_

- nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione

آپ کے جسم میں الرجی روکنے والے سیل کم ہیں

جی  نہیں

È affetto da mastocitosi sistemica:  SI  NO

آپ نہ کنٹرول ہونے والی ازدیما کی بیماری کا شکار تو نہیں (کیا دوائوں کے علاوہ ہفتے میں دو تین بار آپ سلبوتامولو سپرے استعمال کرتے ہیں)

جی  نہیں

È affetto da asma bronchiale “non controllato” ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l’uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolospray:  SI  NO

تاریخ اور جگہ \_\_\_\_\_

Data e luogo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ویکسین لگانے والے آپریٹر کے دستخط \_\_\_\_\_

Firma operatore sanitario/vaccinando:

\_\_\_\_\_

آخری حصہ جو ویکسینیشن لگانے والا آپریٹر پر کرے:

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

اس شخص کو آپ بلاجک ویکسین لگا سکتے ہیں

Vaccinabile senza precauzioni

اس شخص کو ہسپتال میں ویکسین لگا کر 30 منٹ اپنی نگرانی میں بٹھائیں

Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

\_\_\_\_\_ ویکسین لگانے والے آپریٹر کے دستخط \_\_\_\_\_

Firma dell’operatore sanitario: \_\_\_\_\_

نوٹس لیں: اگر پہلی ویکسین نے زیادہ ری ایکشن نہیں کیا تو 30 منٹ بعد اس شخص کو واپس بھیج دیں (لاء 2021)

اگر ری ایکشن بہت زیادہ ہو تو الر جی سپیشلسٹ کے پاس بھیجیں

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

جو لوگ اولڈ ہوم میں رہتے ہیں ان کا یہ فارم ویکسین لگانے والا آپریٹر بھی پر کر سکتا ہے

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