

**SCHEDA ANAMNESTICA**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e cognome الاسم و النسب	Telefono الهاتف		
<b>ANAMNESI</b> سوابق المريض	SI نعم	NO لا	NON SO لا اعرف
Attualmente è malato? هل انت مريض حالياً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre? هل لديك حمى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare هل تعاني من حساسية تجاه مادة اللاتكس أو أي أطعمة أو أدوية أو مكونات لقاح؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، حدد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? هل عانيت من قبل من رد فعل شديد بعد تلقي اللقاح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? هل تعاني من أمراض القلب أو الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو السكري أو فقر الدم أو اضطرابات الدم الأخرى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? هل أنت في حالة ضعف في جهاز المناعة؟ (مثال: السرطان ، اللوكيميا ، سرطان الغدد الليمفاوية ، فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، الزرع)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? في الأشهر الثلاثة الماضية ، هل تناولت أي أدوية تضعف جهاز المناعة (على سبيل المثال: الكورتيزون أو البريدنيزون أو المنشطات الأخرى) أو الأدوية المضادة للسرطان ، أو هل خضعت للعلاج الإشعاعي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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? خلال العام الماضي ، هل تلقيت نقل دم أو مشتقاته ، أو تم إعطاؤك الغلوبولين المناعي (جاما) أو الأدوية المضادة للفيروسات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? هل عانيت من نوبات أو أي مشاكل في المخ أو الجهاز العصبي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? هل تلقيت أي تطعيمات في الأسابيع الأربعة الماضية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فأني تطعيم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? للنساء: هل أنت حامل أو تخططين للحمل في الشهر التالي للإدارة الأولى أو الثانية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando? هل ترضعي بالرضاعة الطبيعية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

حدد أدناه الأدوية ، وعلى وجه الخصوص مضادات التخثر ، بالإضافة إلى المكملات الطبيعية والفيتامينات والمعادن أو أي أدوية بديلة تتناولها: \_\_\_\_\_

<b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b> التاريخ الطبي ذي الصلة كوفيد-19	SI نعم	NO لا	NON SO لا اعرف
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID أو تأثرت بـ Sars-CoV2 في الشهر الماضي ، هل كنت على اتصال بشخص مصاب بفيروس	
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b>	
تعد واحدة من الأعراض التالية:	
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali? • سعال / برد / حمى / صفيير أو أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? • التهاب الحلق / فقدان حاسة الشم أو التذوق؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea? • ألم في البطن / إسهال	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? • كدمات غير طبيعية أو نزيف / احمرار في العينين	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? • هل قمت بأي رحلات دولية في الشهر الماضي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19:</b>	
• Nessun test COVID-19 recente	
• Test COVID-19 negativo (data _____)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 positivo (data _____)	
• In attesa di test COVID-19 (data _____)	
	<b>COVID-19:</b>
	• لا توجد اختبارات COVID-19 حديثة
	• اختبار COVID-19 السلبي (التاريخ _____)
	• اختبار COVID-19 إيجابي (التاريخ _____)
	• في انتظار اختبار COVID-19 (لتاريخ _____)

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

أبلغ عن أي أمراض أو أخبار عن حالتك الصحية \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando o rappresentante legale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ المدينة و التاريخ

\_\_\_\_\_ توقيع المصلح أو الممثل القانوني.