

**SCHEDA ANAMNESTICA**

抗 COVID-19 疫苗接种同意书的附件

**病历单词**

20012469-28 / 03/2021-DGPRES-DGPRES-P - 用户附件 3 (A 03)

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.  
由接种疫苗的人填写，并由疫苗接种卫生专业人员进行审查。

Nome e cognome 名	姓	Telefono电话		
<b>ANAMNESI</b> <b>病历</b>		<b>SI</b> <b>有</b>	<b>NO</b> <b>没有</b>	<b>NON</b> <b>SO</b> <b>不知道</b>
Attualmente è malato? 您现在患病吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre? 发烧有吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare 您是否对乳胶、任何食物、药物或疫苗成分过敏? 如果是, 请指定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? 接种疫苗后有严重的反应吗?		<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? 您是否患有心脏或肺部疾病、哮喘、肾脏疾病、糖尿病、贫血或其他血液疾病?		<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)? 您是否处于免疫系统受损的状态? (例如: 癌症、白血病、淋巴瘤、艾滋病毒/艾滋病、移植)?		<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? 在过去 3 个月内, 您是否服用过任何削弱免疫系统的药物 (例如: 可的松、泼尼松或其他类固醇) 或抗癌药物, 或者您是否接受过放射治疗?		<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? 在过去一年中, 您是否接受过输血或血液制品, 或者是否接受过免疫球蛋白 (γ) 或抗病毒药物治疗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? 您有过抽搐或任何大脑或神经系统问题吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____ 您在过去 4 周内是否接种过任何疫苗? 如果是, 是哪一个? _		<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? <b>对于女性:</b> 您是否怀孕或计划在第一次或第二次给药后的一个月內怀孕?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando? 您在母乳喂养吗?		<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: \_\_\_\_\_

在下面指明药物，特别是那些抗凝剂，以及天然补充剂、维生素、矿物质或您正在服用的任何替代药物： \_\_\_\_\_

<b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b> <b>相关的 COVID 病历</b>	<b>SI</b> <b>有</b>	<b>NO</b> <b>没有</b>	<b>NON</b> <b>SO</b> <b>不知道</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? 上个月您是否接触过感染了 Sars-CoV2 或受 COVID-19 影响的人?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b> <b>表现出以下症状之一:</b>			
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali? • 咳嗽/感冒/发烧/喘息或流感样症状?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? • 喉咙痛/嗅觉或味觉丧失?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea? • 腹痛/腹泻?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? • 眼睛异常瘀伤或流血/发红?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? • 上个月您是否进行过任何国际旅行?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19:</b> <b>COVID-19 测试:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nessun test COVID-19 recente • 最近没有 COVID-19 测试			
• Test COVID-19 negativo (data _____) • 阴性 COVID-19 测试 (日期_____)			
• Test COVID-19 positivo (data _____) • 阳性 COVID-19 测试 (日期_____)			
• In attesa di test COVID-19 (data _____) • 等待 COVID-19 测试 (日期_____)			

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

报告有关您健康状况的任何病理或新闻 \_\_\_\_\_

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

日期于地点 \_\_\_\_\_

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

接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 \_\_\_\_\_