بیماریوں کی انفارمیشن شیٹ

SCHEDA ANAMNESTICA

ویکسینیٹر کے ذریعہ مکمل کیا جائے اور ویکسینیشن صحت ماہرین کے ساتھ جائزہ لیا جائے۔

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

موبائل نمبر Telefono		نام نیم سر اور Nome e cognome	
نہیں پتہ NON SO	نہیں NO	جی SI	مات معلو ANAMNESI
☐	☐	☐	کیا آپ فی الحال بیمار ہیں? Attualmente è malato?
☐	☐	☐	کیا آپ کو بخار ہے? Ha febbre?
☐	☐	☐	کیا آپ کسی بھی کھانے ، منشیات یا ادویات کے اجزاسے الرجی کا شکار ہیں؟ اگر ہاں ، تو بتائیں Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare
☐	☐	☐	کیا آپ کو ویکسین ملنے کے بعد کبھی شدید رد عمل ہوا ہے? Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?
☐	☐	☐	کیا آپ دل یا پھیپھڑوں کی بیماری ، دمہ ، گردوں کی بیماری ، ذیابیطس ، خون کی کمی یا خون کے دیگر امراض میں مبتلا ہیں? Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?
☐	☐	☐	کیا آپ سمجھوتہ مدافعتی نظام کی حالت میں ہیں؟

	<p>(مثال کے طور پر: کینسر ، لیوکیمیا ، لمفوما ، ایچ آئی وی / ایڈز ، ٹرانسپلانٹ)؟</p> <p>Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?</p>
☐ ☐ ☐	<p>پچھلے 3 مہینوں میں ، کیا آپ نے ایسی کوئی دوائی لی ہے جس سے مدافعتی نظام کمزور ہو (مثال کے طور پر: کورٹیسون، کینسر کی دوائی)؟</p> <p>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?</p>
☐ ☐ ☐	<p>پچھلے ایک سال کے دوران، کیا آپ کو خون یا خون کی مصنوعات کا انتقال ملا، یا آپ کو امیونوگلوبولینز (گاما) یا اینٹیویئرل دوائی دی گئیں؟</p> <p>Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?</p>
☐ ☐ ☐	<p>کیا آپ کے دماغ یا اعصابی نظام میں فٹ بیٹھک یا کوئی دشواری ہے؟</p> <p>Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</p>
☐ ☐ ☐	<p>کیا آپ کو پچھلے 4 ہفتوں میں کوئی ویکسین ملی ہے؟ اگر ہاں ، تو کون سا؟</p> <p>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i?</p>
☐ ☐ ☐	<p>خواتین کے لئے: کیا آپ حاملہ ہیں یا آپ پہلے یا دوسری انتظامیہ کے بعد مہینے میں حاملہ ہونے کا ارادہ کر رہے ہیں؟</p> <p>Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?</p>
☐ ☐ ☐	<p>بچوں کو دودھ تو نہیں پلا رہی</p> <p>Sta allattando?</p>

ذیل میں دوائیوں کی وضاحت کریں ، اور خاص طور پر وہ دوا مخالف ادویات نیز قدرتی

سپلیمنٹس ، وٹامنز ، معدنیات یا کوئی متبادل دوا جو آپ لے رہے ہیں

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: _____

NON SO	NO	SI	کوویڈ سے جڑی معلومات ANAMNESI COVID CORRELATA
☐	☐	☐	پچھلے مہینے میں آپ کا تعلق کسی ایسے شخص سے ہوا جس میں سارس کووی 2 سے متاثر ہوا تھا یا کوویڈ 19 سے متاثر ہوا تھا: Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?
			مندرجہ ذیل علامات میں سے کوئی آپ کو ہے: MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:
☐	☐	☐	کھانسی / نزلہ / بخار / گھرگھراہٹ یا فلو جیسی علامات؟ Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali?
☐	☐	☐	کانوں سے کم سننا گلے کی سوزش / بو یا ذائقہ کا نہ آنا Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
☐	☐	☐	پیٹ میں درد / اسہال؟ Dolore addominale/diarrea?
☐	☐	☐	جسم پے بے وجہ نشان پڑنا اور خون نکلنا/آنکھوں کا لال ہونا Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi?
☐	☐	☐	کیا آپ نے پچھلے مہینے میں کوئی بین الاقوامی سفر کیا ہے؟ Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?
			COVID-19 ٹیسٹ
TEST COVID-19:			
کوئی حالیہ COVID-19 ٹیسٹ نہیں ہے تاریخ _____			
• Nessun test COVID-19 recente			
منفی کوویڈ 19 ٹیسٹ تاریخ _____			
• Test COVID-19 negativo (data _____)			
مثبت کوویڈ 19 ٹیسٹ تاریخ _____			
• Test COVID-19 positivo (data _____)			

COVID-19 ٹیسٹنگ کا انتظار ہے تاریخ کب ہو گا

In attesa di test COVID-19 (data) _____

اگر آپ کو کوئی بیماری ہو تو بتانا ہے _____

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute _____

تاریخ اور جگہ _____

Data e luogo _____

ویکسین یا قانونی نمائندے کے دستخط _____

Firma del vaccinando o rappresentante legale _____