

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

辉瑞-生物科技COVID-19

MODERNA COVID-19

Nome e cognome _____
名 _____ 姓 _____

Data di nascita _____ data seconda vaccinazione _____
出生日期 _____ 第二次接种疫苗的日期 _____

Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della seconda somministrazione si sono verificate variazioni(stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...)

SI NO

从第二次给药时进行的回忆调查，是否有任何变化（怀孕、哺乳期、SARS-Cov-2感染检测结果、新疗法等...）？

有 没有

(se SI precisare le variazioni): _____

(如果是，请说明变化)： _____

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

接种第一剂疫苗后，您是否在给药部位出现了局部反应（瘙痒、红斑、水肿等...）？ 有 没有

Se SI,
tipo di reazione: _____

如果是，请说明反应： _____

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

给药至不良反应发生的时间： _____

IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE

如果发生不良反应，还请填写以下部分

Precedenti reazioni avverse a vaccini: SI NO

以前对疫苗的不良反应: 有 没有

Se SI,

nome di vaccino che ha dato reazione: _____

如果是, 请写下给您带来不良反应的疫苗名称: _____

tipo di reazione _____ data _____

不良反应类型 _____ 日期 _____

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:

SI NO

以前不明原因的严重过敏反应 (过敏反应) :

有 没有

Se SI,

tipo di reazione _____ data _____

如果是, 请写下不良反应类型 _____ 日期 _____

Precedenti reazioni avverse a farmaci:

SI NO

既往药物不良反应:

有 没有

Se SI,

如果是,

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• 药物名称 _____ 不良反应类型 _____

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• 药物名称 _____ 不良反应类型 _____

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• 药物名称 _____ 不良反应类型 _____

È affetto da mastocitosi sistemica:

SI NO

您患有系统性肥大细胞增多症:

有 没有

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

您是否患有“不受控制的”支气管哮喘, 即尽管进行了基本治疗, 但仍需要频繁使用 (> 2-3 次/周) 沙丁胺醇喷雾剂?

有 没有

Data e luogo: ____/____/____, _____

日期与地点: ____ 日/ ____ 月/ ____ 年, _____

Firma operatore sanitario/vaccinando: _____

医疗保健/疫苗接种操作员签名: _____

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

收集病史的医疗保健经营者的结论:

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

无需预防措施即可接种疫苗的人 在医院环境中接种疫苗的人, 观察 30 分钟

Firma dell'operatore sanitario: _____

医疗保健专业人员的签名: _____

N.B. in caso di reazione locale anche estesa dopo la dose booster 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.

注意: 如果在激发针后出现局部反应甚至广泛, 则有必要通过将等待时间延长至 30 分钟而不采取进一步预防措施进行接种 (文件 SIAAIC / AAIITO, 2021); 如果怀疑全身过敏反应, 请送到受保护的过敏环境。

La presente scheda anamnestica propedeutica alla somministrazione di dose aggiuntiva 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.

为了社会和卫生设施的客人的利益, 这种为接种 Covid-19加强疫苗而准备的病历表可由与患者接触的医疗保健专业人员在接种第一剂疫苗后的几天内填写。