

**INFORMAZIONI**

Gentilissimo/a Signor/Signora,  
questo documento ha lo scopo di  
informarla sul trattamento sanitario  
che le viene proposto e di acquisire  
così il suo consenso, dopo che Lei  
avrà ricevuto tutti gli elementi per  
poter decidere senza dubbi. Sono  
quindi importanti, a tale scopo, le  
informazioni che seguono.

.....  
Cognome e nome (etichetta)  
.....  
Data di nascita ..... Luogo di nascita  
.....  
Residenza  
.....  
Telefono ..... N. Tessera Sanitaria (se disponibile)

	<b>VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?		
2	Manifesta uno dei seguenti sintomi: tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi influenzali, mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto, dolore addominale/diarrea, lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?		
	Se sì, specificare quale:		
3	Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		
	Se sì, specificare dove		
4	Ha un Test COVID-19 recente:		
	Test COVID-19 negativo (Data: )		
	Test COVID-19 positivo (Data: )		
	In attesa di test COVID-19 (Data: )		

	<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Attualmente è malato?		
2	Ha febbre?		
3	Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:		
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?		
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?		
6	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?		
7	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?		
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?		
9	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?		
10	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?		
11	Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?		
12	Per le donne: sta allattando?		
13	Sta assumendo farmaci anticoagulanti?		