

**ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO  
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE  
ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE**

<b>Dati personali</b>	
Nome e cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria:	

<b>Modulo standard di triage prevaccinale</b>	
Attualmente è malato?	<b>Sì/No/Non so</b>
Ha febbre?	<b>Sì/No/Non so</b>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<b>Sì/No/Non so</b>
Se sì specificare:	
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<b>Sì/No/Non so</b>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<b>Sì/No/Non so</b>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<b>Sì/No/Non so</b>
Negli ultimi tre mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<b>Sì/No/Non so</b>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<b>Sì/No/Non so</b>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<b>Sì/No/Non so</b>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	<b>Sì/No/Non so</b>
Se sì, quale/i?	
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?	<b>Sì/No/Non so</b>
Per le donne: sta allattando?	<b>Sì/No/Non so</b>
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<b>Sì/No/Non so</b>

## VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

<b>Modulo standard di Anamnesi COVID19 - Correlata</b>	
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<b>Si/No/Non so</b>
Manifesta uno dei seguenti sintomi:	
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	<b>Si/No/Non so</b>
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<b>Si/No/Non so</b>
Dolore addominale/diarrea?	<b>Si/No/Non so</b>
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<b>Si/No/Non so</b>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<b>Si/No/Non so</b>
Ha fatto test COVID-19 recentemente?	<b>Si/No</b>
Risultato	<b>positivo/negativo/in attesa</b>
Data del test	<b>data del test</b>

Firma .....

Data.....