



Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

**RIVALUTAZIONE ANAMNESTICA**

**Rispetto a quanto segnalato nel corso della 1° somministrazione del vaccino:**

**NESSUN ELEMENTO DA SEGNALARE – CONFERMO QUANTO DICHIARATO IN ANAMNESI**

**SEGNALO LE SEGUENTI VARIAZIONI (es. cambi di terapie, sintomi)** \_\_\_\_\_

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO	NON SO
Dopo la 1° somministrazione è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil- influenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			

<input type="checkbox"/> <b>NON</b> ho avuto reazioni alla prima dose del vaccino	
<input type="checkbox"/> Ho avuto reazioni <b>lievi</b> alla prima dose del vaccino (dolore alla spalla, febbricola, mal di testa, dolori articolari o muscolari, stanchezza, nausea, ingrossamento dei linfonodi...)	<input type="checkbox"/> Per meno di 72 ore <input type="checkbox"/> Per più di 72 ore
<input type="checkbox"/> Ho avuto reazioni <b>gravi</b> alla prima dose del vaccino Allergiche: prurito diffuso, orticaria, asma, sensazione di costrizione alla gola, anafilassi Altre: _____ (specificare)	

**Acconsento ed autorizzo** la somministrazione della 2° DOSE vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e luogo \_\_\_\_\_ *Firma della Persona che riceve il vaccino* \_\_\_\_\_

**Rifiuto** la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e luogo \_\_\_\_\_ *Firma della Persona che rifiuta il vaccino* \_\_\_\_\_

Firma del medico per presa visione \_\_\_\_\_