

**VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE**

1	Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
2	Manifesta uno dei seguenti sintomi: Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali, Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto, Dolore addominale/diarrea, Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? Se sì, specificare quale _____	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
3	Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? Se sì, specificare dove _____	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
4	Ha un Test COVID-19 recente?  Test COVID-19 Negativo                      Test COVID-19 Negativo Data: __/__/____                              Data: __/__/____  In attesa di Test COVID-19 Data: __/__/____	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO

**ANAMNESI**

1	Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
2	Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
3	Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare quale _____	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
6	Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
7	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
9	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
10	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i _____	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
11	Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
12	Per le donne: sta allattando?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
13	Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO