

## SCHEMA ANAMNESTICA

### Анамнестичне опитування

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.  
 Заповнюється особою, що вакцинується, і перевіряється з фахівцями з питань вакцинації.

Nome e cognome Ім'я і прізвище	Telefono Номер телефону		
<b>ANAMNESI</b> <b>АНАМНЕС</b>	<b>SI</b> ТАК	<b>NO</b> НІ	<b>NON SO</b> НЕ ЗНАЮ
Attualmente è malato? Ви зараз хворієте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre? У вас висока температура?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare Чи страждаєте ви алергією на лактозу, будь-які продукти, ліки чи компоненти вакцини? Якщо ТАК, вкажіть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? Чи була у Вас коли-небудь важка реакція після вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? Чи страждаєте Ви на захворювання серця або легенів, астму, захворювання нирок, діабет, анемію чи інші захворювання крові?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? У Вас ослаблена імунна система? (Приклад: рак, лейкемія, лімфома, ВІЛ/СНІД, трансплантація)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? Чи приймали Ви протягом останніх 3 місяців які-небудь ліки, які послаблюють імунну систему (наприклад, кортизон, преднізолон або інші стероїди), або протипухлинні препарати, чи проходили Ви променеве лікування?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? Чи робили Вам протягом останнього року переливання крові чи продуктів крові, чи отримували імуноглобуліни (гамма) чи противірусні препарати?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? Чи були у вас приступи або інші проблеми з мозком чи нервовою системою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____ Чи робили ви щеплення за останні 4 тижні? Якщо ТАК, то яке(і)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? <b>Для жінок:</b> Ви вагітні чи плануєте завагітніти через місяць після першої чи другої дози вакцини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando? Ви годуєте грудьми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

Вкажіть препарати, зокрема антикоагулянти, а також натуральні добавки, вітаміни, мінерали або будь-які альтернативні ліки, які Ви приймаєте

<b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b> <b>АНАМНЕЗ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З КОВІД</b>	<b>SI</b> ТАК	<b>NO</b> НІ	<b>NON SO</b> НЕ ЗНАЮ
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? За останній місяць ви контактували з людиною, інфікованою Sars-CoV2 або хворою на COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b> <b>ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ ОДИН З НАСТУПНИХ СИМПТОМІВ:</b>			
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali? Кашель / застуда / лихоманка / хрипи чи симптоми, схожі на грип?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? Біль у горлі/втрата нюху чи смаку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea? Біль у животі/діарея?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? Аномальні синці або кровотеча/почервоніння очей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? Чи здійснювали ви якісь міжнародні поїздки протягом останнього місяця?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19:</b> <b>ТЕСТ КОВІД-19:</b>			
• Nessun test COVID-19 recente (немає останніх тестів на COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 negativo (негативний тест на COVID-19) (data / дата _____)			
• Test COVID-19 positivo (позитивний тест на COVID-19) (data / дата _____)			
• In attesa di test COVID-19 (очікую на тест на COVID-19) (data / дата _____)			

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_  
Повідомляйте про будь-які патології або зміни стану свого здоров'я

Data e luogo \_\_\_\_\_  
Дата і місце

Firma del vaccinando o rappresentante legale/Genitore \_\_\_\_\_  
Підпис особи, що вакцинується, або законного представника/одного з батьків