

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

Nome e cognome \_\_\_\_\_

الاسم و النسب \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ data prima vaccinazione \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ تاريخ أول تطعيم \_\_\_\_\_

Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della prima somministrazione si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...)  SI  NO

(se SI precisare le variazioni): \_\_\_\_\_

مقارنةً بالمسح الذي تم إجراؤه بمناسبة الإغطاء الأول ، حدثت اختلافات (الحمل ، الإرضاع ، نتائج اختبارات عدوى SARS-Cov-2 ،

العلاجات الجديدة ، إلخ...)  نعم  لا

(إذا كانت الإجابة بنعم ، فحدد الاختلافات): \_\_\_\_\_

Dopo la somministrazione della prima dose di vaccino ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..).  SI  NO Se SI,

tipo di reazione: \_\_\_\_\_

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: \_\_\_\_\_

بعد إعطاء الجرعة الأولى من اللقاح ، أظهر رد فعل موضعي في موقع الإغطاء (حكة ، حمى ، إلخ).  نعم  لا

إذا الإجابة كانت نعم،

نوع رد الفعل: \_\_\_\_\_

الوقت بين الإغطاء وحدث التفاعل الضار: \_\_\_\_\_

### IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE

Precedenti reazioni avverse a vaccini:  SI  NO Se SI,

nome di vaccino che ha dato reazione: \_\_\_\_\_

tipo di reazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:  SI  NO Se SI,

في حالة حدوث رد فعل عكسي ، قم أيضاً بملء الأجزاء التالية

نعم  لا

ردود الفعل السلبية السابقة للقاحات:

إذا كانت الإجابة كانت نعم،

اسم اللقاح الذي أعطى التفاعل: \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

نوع رد الفعل: \_\_\_\_\_

نعم  لا

ردود الفعل التحسسية الشديدة السابقة (التأق) لسبب غير معروف:

tipo di reazione \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Precedenti reazioni avverse a farmaci:  SI  NO Se SI,

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة نعم

نوع رد الفعل \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

نعم  لا

التفاعلات الدوائية الضارة السابقة:

إذا كانت الإجابة كانت نعم،

• اسم الدواء \_\_\_\_\_ نوع رد الفعل \_\_\_\_\_

• اسم الدواء \_\_\_\_\_ نوع رد الفعل \_\_\_\_\_

• اسم الدواء \_\_\_\_\_ نوع رد الفعل \_\_\_\_\_

È affetto da mastocitosi sistemica:  SI  NO

نعم  لا

يتأثر بكترة الخلايا البدينة الجهازية:

È affetto da asma bronchiale "non controllato" ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l'uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolospay:  SI  NO

يعاني من الربو القصبي "غير المنضبط" ، مما يعني أنه على الرغم من العلاج الأساسي يتطلب الاستخدام المتكرر (< 2-3 مرات / أسبوع) من السالبوتامولوسبراي:

نعم  لا

Data e luogo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma operatore sanitario/vaccinando: \_\_\_\_\_

التاريخ و المدينة: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

توقيع عامل الرعاية الصحية / التطعيم: \_\_\_\_\_

CONCLUSIONI A CURA DELL'OPERATORE SANITARIO CHE RACCOGLIE L'ANAMNESI:

Vaccinabile senza precauzioni  Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

Firma dell'operatore sanitario: \_\_\_\_\_

استنتاجات من قبل مشغل الرعاية الصحية الذي يجمع التاريخ:

قابل للتطعيم في مستشفى في غضون 30 دقيقة الملاحظة

قابل للتطعيم بدون احتياطات

N.B. in caso di reazione locale anche estesa dopo la prima dose somministrata vaccinare prolungando il tempo di attesa a 30 minuti senza ulteriori precauzioni (documento SIAAIC/AAIITO, 2021); in caso di sospetta reazione generalizzata allergica inviare in ambiente protetto allergologico.

ملحوظة. في حالة حدوث تفاعل موضعي حتى بعد الجرعة الأولى ، التطعيم عن طريق تمديد وقت الانتظار إلى 30 دقيقة دون مزيد من الاحتياطات (الوثيقة ، SIAAIC / AAIITO ، 2021)؛ في حالة الاشتباه في رد فعل تحسسي معمم ، أرسل إلى بيئة حساسية محمية.

La presente scheda anamnestica propedeutica alla somministrazione di seconda dose vaccinale Covid-19 a beneficio di ospiti di strutture socio-sanitarie può essere compilata dall'operatore sanitario a contatto con il paziente nei giorni successivi alla somministrazione di prima dose.

يمكن ملء هذا النموذج التحضيري لإعطاء جرعة لقاح Covid-19 الثانية لصالح ضيوف المرافق الاجتماعية والصحية من قبل أخصائيي الرعاية الصحية على اتصال مع المريض في الأيام التالية لإعطاء الجرعة الأولى.