

SCHEDA ANAMNESTICA SECONDA/TERZA VACCINAZIONE ANTI-SARS CoV-2/COVID-19
Анамнестичне опитування для другої/третьої дози вакцини ANTI-SARS CoV-2/COVID-19

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

Nome e cognome _____

Ім'я і прізвище

Data di nascita _____

Дата народження

data prima/seconda vaccinazione _____

Дата першої/другої вакцинації

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...)

У порівнянні з анамнестичним опитуванням, проведеним перед першим прийомом, відбулися зміни (вагітність, лактація, результати тестів на інфекцію SARS-Cov-2, нові методи лікування тощо ...)

SI (так) NO (ні)

(se SI precisare le variazioni): _____

якщо ТАК, вкажіть зміни

Dopo la somministrazione della prima/seconda dose di vaccino ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..).

Після введення першої/другої дози вакцини спостерігалась місцева реакція в місці введення (свербіж, еритема, набряк тощо).

SI (так) NO (ні)

Se SI, tipo di reazione: _____

Якщо так, тип реакції

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: _____

Час, що пройшов між введенням препарату і появою побічної реакції

IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE
У ВИПАДКУ ПОБІЧНОЇ РЕАКЦІЇ ЗАПОВНІТЬ ТАКОЖ НАСТУПНІ ЧАСТИНИ

Precedenti reazioni avverse a vaccini:

Попередні побічні реакції на вакцини: SI (так) NO (ні)

Se SI, nome di vaccino che ha dato reazione : _____

Якщо ТАК, назва вакцини, яка викликала реакцію

tipo di reazione _____

тип реакції

data _____

дата

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:

Попередні важкі алергічні реакції (анафілактична реакція) невідомої причини: SI (так) NO (ні)

Se SI, tipo di reazione _____
Якщо ТАК, тип реакції _____

data _____
дата _____

Precedenti reazioni avverse a farmaci:

Попередні побічні реакції на ліки: SI (так) NO (ні)

Se SI,

Якщо так,

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____
назва препарату тип реакції

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____
назва препарату тип реакції

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____
назва препарату тип реакції

È affetto da mastocitosi sistemica:

Чи страждаєте Ви системним мастоцитозом: SI (так) NO (ні)

È affetto da asma bronchiale “non controllato” ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l'uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolospay:

Чи страждаєте Ви на «неконтрольовану» бронхіальну астму, тобто, таку, що незважаючи на базову терапію, вимагає частого застосування (> 2-3 рази на тиждень) сальбутамолоспрею:

SI (так) NO (ні)

Data e luogo: ___/___/_____, _____

Дата і місце

Firma operatore sanitario/vaccinando: _____

Підпис працівника центру охорони здоров'я / вакцинації

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

Висновок працівника центру охорони здоров'я, який збирає анамнез

Vaccinabile senza precauzioni

Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

Можна вакцинувати без додаткових заходів обережності

Можна вакцинувати в умовах стаціонару із 30 хвилинним спостереженням

Firma dell'operatore sanitario: _____

Підпис медичного працівника

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.

Н.Б. у разі місцевої реакції, навіть значної, після введення першої дози вакцинувати, продовживши час очікування до 30 хвилин без додаткових запобіжних заходів (документ SIAAIC / AAIITO, 2021); у разі підозри на генералізовану алергічну реакцію - направити в захищене алергологічне середовище.

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

Ця анамнестична опитування є підготовкою до введення другої дози вакцини Covid-19 на користь пацієнтів соціально-оздоровчих закладів може бути заповнена медичним працівником, який контактує з пацієнтом, у період після введення першої дози.