

MOD.DS.12 "Scheda Anamnestica seconda vaccinazione"

Nome e Cognome del paziente: _____ _____		Data di nascita: ___/___/_____	
Nome del Vaccino: Vaccino COMIRNATY seconda somministrazione (a distanza di 3 settimane) Data prima vaccinazione: ___/___/_____			
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...)			
<input type="checkbox"/> Sì (precisare le variazioni): _____ <input type="checkbox"/> No			
Dopo la somministrazione della prima dose di COMIRNATY ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..).		Tipo di reazione: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: _____ _____	
Dopo la somministrazione della prima dose di COMIRNATY ha presentato reazione generalizzata/sistemica/a distanza dalla sede di somministrazione (orticaria, angioedema, prurito generalizzato, etc..).		Tipo di reazione: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: _____ _____	
<b>IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE</b>			
Precedenti reazioni avverse a vaccini:		Tipo di reazione: _____	
<input type="checkbox"/> Sì → Nome o tipo di vaccino che ha dato reazione: _____		Data: ___/___/_____	
<input type="checkbox"/> No			
Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:		Tipo di reazione: _____	
<input type="checkbox"/> Sì		Data: ___/___/_____	
<input type="checkbox"/> No			

Precedenti reazioni avverse a farmaci:

SÌ:

- Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ Tipo di reazione: \_\_\_\_\_
- Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ Tipo di reazione: \_\_\_\_\_
- Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ Tipo di reazione: \_\_\_\_\_

No

E' affetto da mastocitosi sistemica:

SÌ

No

E' affetto da asma bronchiale "non controllato" ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l'uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolo spray:

SÌ

No

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

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

**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: \_\_\_\_\_

**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/AIITO, 2021); in caso di sospetta reazione generalizzata allergica inviare in ambiente protetto allergologico.

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.