

**SEDUTA VACCINALE INOCULO DOSE ADDIZIONALE
 VACCINO ANTI COVID PRESSO IL CENTRO VACCINALE
 HUB
ALLEGATO B**

RACCORDO ANAMNESTICO

Cognome _____ Nome _____	Data nascita ____ / ____ / ____		
Data ultima vaccinazione			
ANAMNESI COVID CORRELATA	SI	NO	NON SO
Sono comparsi dei sintomi dopo la somministrazione della seconda dose vaccinale?			
<input type="checkbox"/> reazione febbrile <input type="checkbox"/> dolore in sede di inoculo <input type="checkbox"/> artralgie <input type="checkbox"/> linfadenomegalia <input type="checkbox"/> disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> sintomi neurologici Reazioni di possibile natura allergica (rush cutaneo, sincopi, disturbi respiratori, altro) _____			
Hai dovuto assumere farmaci per questi sintomi?			
Se si quali?			
Hai eseguito test COVID 19 dopo la seconda somministrazione? R = rapido M = molecolare			
Se si con quale risultato?			
Hai dovuto modificare terapie abituali o sono comparse recentemente patologie che hanno richiesto cure farmacologiche?			
Se si quali?			

OSSERVAZIONI

Firma del Medico che effettua anamnesi
