

Questionario vaccinazione COVID-19

Dati personali

Cognome e Nome

Data di nascita

Indirizzo / NAP

Telefono privato

Medico curante

Controindicazioni al vaccino

Presenta attualmente febbre e/o sintomi acuti di malattia NO SI

Ha manifestato una reazione grave a una vaccinazione in passato? NO SI

Ha avuto nel passato uno shock anafilattico o una reazione allergica severa che ha necessitato una presa a carico urgente? NO SI

Misure precauzionali

Non precludono la somministrazione del vaccino ma devono essere riferite a chi la vaccinerà

Sta assumendo farmaci anticoagulanti o soffre di una malattia della coagulazione? NO SI

Ha già avuto un malessere o svenimento facendo un prelievo di sangue o ricevendo un vaccino? NO SI

Problemi di salute

Non precludono la somministrazione del vaccino

Malattia cardiaca cronica, ipertensione arteriosa NO SI

Malattia polmonare cronica, broncopatia, enfisema NO SI

Insufficienza renale, dialisi NO SI

Diabete NO SI

Problema al sistema immunitario (chemioterapia, cortisone o altri farmaci che hanno effetti sul sistema immunitario) NO SI

Dichiarazione di consenso a procedere

- Non presento controindicazioni alla vaccinazione e confermo di aver ricevuto tutte le informazioni auspiccate concernenti la vaccinazione e il vaccino COVID-19.
- Acconsento al trattamento dei miei dati che sono raccolti per la mia sicurezza e vengono trasmessi in forma anonima all'Ufficio federale della sanità pubblica per motivi statistici. Questi dati sono inoltre utilizzati dalle persone addette all'organizzazione della vaccinazione.

Luogo e data:

Firma: