

SCHEDA ANAMNESTICA ALLA VACCINAZIONE IN FARMACIA CONVENZIONATA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, ad eccezione dei quesiti n. 5 e 12, dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita			
Codice fiscale o tessera sanitaria	Telefono			
QUESITI		SI'	NO	Non so
1) Attualmente è malato?				
2) Ha febbre?				
3) Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:				
4) Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
5) Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi non rientranti nell'elenco posto in allegato A di seguito riportato?				
6) Rispetto al quesito precedente (5) dall'ultima dose somministrata le è stata diagnosticata un'altra patologica cronica o è mutato il quadro clinico preesistente?				
7) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)				
8) Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?				
9) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
10) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
11) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A				
12) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
13) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
14) Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2o affetta da COVID-19? Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?				
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?				
- Dolore addominale/diarrea?				
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?				
15) A seguito delle precedenti dosi di vaccino si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche?				
16) Pregressa infezione da COVID-19 negli ultimi 120 giorni? Se sì, quando:				
17) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?				
18) Sta allattando?				

Ha riscontrato eventuali sospette reazioni avverse comparse dopo le precedenti dosi di vaccino? Se sì quali:
.....

Data e luogo	Firma del vaccinando	
--------------	----------------------	--

**Allegato A al Modulo idoneità/non idoneità alla vaccinazione in Farmacia convenzionata
ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL CITTADINO ESTREMAMENTE VULNERABILE**
(secondo quanto definito dall'allegato 2 della circolare Min.Sal. del 11 luglio 2022)

Allegato 2

Tabella 1. Condizioni concomitanti/pre-esistenti di elevata fragilità, con indicazione alla seconda dose di richiamo (second booster) di vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19, nei soggetti di età uguale o superiore ai 12 anni.

Tale elenco potrà essere aggiornato sulla base di evidenze disponibili.

Aree di patologia/condizione	Definizione della condizione
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III – IV NYHA); - Pazienti post-shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.
Diabete / altre endocrinopatie severe	- Diabete di tipo 1; - Diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci per il diabete o con complicanze; - Morbo di Addison; - Panipopituitarismo.
Malattie epatiche	- Cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione dell'autonomia neurologica e cognitiva - Stroke nel 2020-22; - Stroke antecedente al 2020 con ranking ≥ 3 .
Emoglobinopatie	- Talassemia major; - Anemia a cellule falciformi; - Altre anemie gravi.
Altro	- Fibrosi cistica; - Sindrome di Down; - Grave obesità (BMI >35);
- Disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale e psichica)	- Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3