

ALLEGATO 2 AL MODULO DI CONSENSO

PRILOGA 2 K OBRAZCU ZA SOGLASJE

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 / CEPLJENJE PROTI COVIDU-19

SCHEDA ANAMNESTICA / ANAMNESTIČNI PODATKI

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione / **Izpolni oseba, predvidena za cepljenje, in pregleda skupaj z zdravstvenimi delavci, ki izvajajo cepljenje.**

Nome e Cognome / Ime in priimek:
Telefono / Telefon:

Anamnesi	Anamneza	SI / DA	NO/ NE	NON SO / NE VEM
Attualmente è malato?	Ste trenutno bolni?			
Ha febbre?	Imate povišano telesno temperaturo?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si, specificare:	Ste alergični na lateks, na kakšno hrano, zdravila ali na sestavine cepiva? Če je odgovor da, natančno navedite:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	Ste imeli v preteklosti po prejemu cepiva že kdaj resno reakcijo?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	Imate bolezen srca ali pljuč, astmo, bolezen ledvic, sladkorno bolezen, slabokrvnost ali druge bolezni krvi?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	Imate oslabljen imunski sistem? (Na primer: rak, levkemija, limfom, HIV/AIDS, presaditev)?			
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?	Ste v zadnjih 3 mesecih jemali zdravila, ki slabijo imunski sistem (na primer: kortizon, prednizon ali drugi steroidi) ali protitumorska zdravila oziroma ste potrebovali zdravljenje z obsevanjem?			

Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	Ste v minulem letu prejeli transfuzijo krvi ali krvnih pripravkov, oziroma ste prejeli imunoglobuline (gama) ali protivirusna zdravila?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	Ste imeli napade krčev ali kakšne težave v možganih ali z živčnim sistemom?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?	Ste bili v zadnjih 4 tednih cepljeni? Če je odgovor da, s katerim/-i cepivom/-i?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	Za ženske: - ste noseči ali menite, da bi lahko zanosili v mesecu po prejemu prvega ali drugega odmerka cepiva?			
- sta allattando?	- ali dojite?			
<p>Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo / Navedite zdravila, še zlasti zdravila proti strjevanju krvi, kakor tudi naravna prehranska dopolnila, vitamine, minerale ali morebitna alternativna zdravila, ki jih jemljete:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Anamnesi COVID-correlata	Anamneza v povezavi s COVIDOM	SI /DA	NO / NE	NON SO / NE VEM
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	Ste bili v zadnjem mesecu v stiku z osebo, okuženo s Sars-CoV2 ali obolelo za COVIDOM-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:	Ali imate enega od naslednjih simptomov:			
· Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	· kašelj/prehlad/povišana telesna temperatura/težko dihanje ali sintomi, podobni gripi?			
· Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	· boleče grlo/izguba voaha ali okusa?			
· Dolore addominale/diarrea?	· bolečine v trebuhu/driska?			
· Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	· neobičajne modrice ali krvavitve/pordelost oči?			

<ul style="list-style-type: none"> · Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? 	<ul style="list-style-type: none"> · Ste v zadnjem mesecu potovali v tujino? 			
<p>Test COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nessun test COVID-19 recente · Test COVID-19 negativo (Data: _____) · Test COVID-19 positivo (Data: _____) · In attesa di test COVID-19 (Data: _____) 	<p>Testiranje na COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pred kratkim nisem opravil/a nobenega testa na COVID-19 · Negativen test na COVID-19 (datum: _____) · Pozitiven test na COVID-19 (datum: _____) · Čakam test na COVID-19 (datum: _____) 			
<p>Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute / Navedite morebitne druge bolezni ali koristne podatke o svojem zdravstvenem stanju</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				