

## QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

NOME e COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?**

NO

SI'

Se hai risposto NO, non devi proseguire a rispondere alle altre domande. Fermati qui.

**Se hai risposto SI', continua a leggere e indica TUTTI i sintomi che hai avuto tra quelli sotto riportati.**

Nelle colonne a destra, per ciascun sintomo riportato, indica quanto tempo dopo l'iniezione è comparso quel sintomo e quanto tempo dopo l'iniezione è scomparso.

<b>Sintomi LOCALI</b> nel punto di iniezione del vaccino	Epoca di <b>COMPARSA</b> del sintomo	Epoca di <b>SCOMPARS</b> A del sintomo
<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Arrossamento	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____

<b>Sintomi GENERALI</b>	Epoca di <b>COMPARSA</b> del sintomo	Epoca di <b>SCOMPARS</b> A del sintomo
<input type="checkbox"/> Senso di stanchezza	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____

<input type="checkbox"/> Febbre fino a 38°C	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Febbre superiore a 38°C	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Dolori muscolari o articolari diffusi	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Ingrossamento di ghiandole linfatiche	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Aumento della pressione arteriosa	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Prurito diffuso	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Il giorno stesso <input type="checkbox"/> Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> Altro _____

**I disturbi hanno richiesto un intervento medico?**

Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA del vaccinando \_\_\_\_\_