

**VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA DI
RACCORDO ANAMNESTICO**
Da compilare alla data dell'eventuale richiamo

Nome e cognome	Telefono

Raccordo Anamnestico	Si	No	Non so
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Ha avuto una reazione allergica a seguito della somministrazione della prima dose del vaccino "_____"?			
Ha avuto modifiche rilevanti del Suo stato di salute dopo la somministrazione della prima dose?			

Riferisca tutte le notizie utili sul Suo stato di salute:

L'operatore che ha raccolto l'anamnesi

Il vaccinando

Seduta vaccinale del	FIRMA
MEDICO VACCINATORE	
INFERMIERE VACCINATORE	