

VACCINAZIONE

Che tipo di vaccino? AstraZeneca Moderna
 Comirnaty (Pfizer / BioNTech)
 ALTRO:

Data della 1^a dose (giorno / mese / anno)

Data della 2^a dose (giorno / mese / anno)

EFFETTI SECONDARI dopo **la 1^a iniezione**

Reazioni locali dopo la 1^a iniezione? SÌ NO NON SO

• Se sì, quali reazioni locali?
 Rossore Gonfiore / Edema
 Dolore Altro

Se altro, precisare:

• Quando?
 Entro **i primi 7 giorni** dopo la 1^a iniezione
 8-14 giorni dopo la 1^a iniezione
 15-30 giorni dopo la 1^a iniezione
 Oltre 1 mese dopo la 1^a iniezione
 Non so

Reazioni sistemiche dopo la 1^a iniezione? SÌ NO NON SO

• Se sì, quali reazioni sistemiche?
 Febbre (38 °C e oltre) Stanchezza
 Mal di testa Brividi
 Vomito Diarrea
 Dolori muscolari Dolori articolari
 Altro

Se altro, precisare:

• Quando?
 Entro **i primi 7 giorni** dopo la 1^a iniezione
 8-14 giorni dopo la 1^a iniezione
 15-30 giorni dopo la 1^a iniezione
 Oltre 1 mese dopo la 1^a iniezione
 Non so

Effetti secondari GRAVI dopo la 1^a iniezione? SÌ NO NON SO

• Se sì, quali eventi gravi?
 Ospedalizzazione probabilmente legata alla vaccinazione
 Ricovero della madre in terapia intensiva probabilmente legato alla vaccinazione
 Shock anafilattico
 Altro evento grave

Se altro, precisare:

• Quando?
 Entro **i primi 7 giorni** dopo la 1^a iniezione
 8-14 giorni dopo la 1^a iniezione
 15 giorni-30 giorni dopo la 1^a iniezione
 Oltre 1 mese dopo la 1^a iniezione
 Non so

EFFETTI SECONDARI dopo **la 2^a iniezione**

Reazioni locali dopo la 2 ^a iniezione?		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
• Se sì, quali reazioni locali?		<input type="checkbox"/> Rossore	<input type="checkbox"/> Gonfiore / Edema	
		<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Altro	
Se altro, precisare:			
• Quando?		<input type="checkbox"/> Entro i primi 7 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> 8-14 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> 15-30 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> Oltre 1 mese dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> Non so		
Reazioni sistemiche dopo la 2 ^a iniezione?		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
• Se sì, quali reazioni sistemiche?		<input type="checkbox"/> Febbre (38 °C e oltre)	<input type="checkbox"/> Stanchezza	
		<input type="checkbox"/> Mal di testa	<input type="checkbox"/> Brividi	
		<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Diarrea	
		<input type="checkbox"/> Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> Dolori articolari	
		<input type="checkbox"/> Altro		
Se altro, precisare:			
• Quando?		<input type="checkbox"/> Entro i primi 7 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> 8-14 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> 15-30 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> Oltre 1 mese dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="checkbox"/> Non so		
Effetti secondari GRAVI dopo la 2 ^a iniezione?		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
• Se sì, quali eventi gravi?		<input type="checkbox"/> Ospedalizzazione probabilmente legata alla vaccinazione		
		<input type="checkbox"/> Ricovero della madre in terapia intensiva probabilmente legato alla vaccinazione		
		<input type="checkbox"/> Shock anafilattico		
		<input type="checkbox"/> Altro evento grave		
Se altro, precisare:			
			
			
• Quando?		<input type="radio"/> Entro i primi 7 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="radio"/> 8-14 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="radio"/> 15-30 giorni dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="radio"/> Oltre 1 mese dopo la 2 ^a iniezione		
		<input type="radio"/> Non so		
Eventuale TEST COVID-19 ESEGUITO				
• Nonostante il vaccino (1 ^a o 2 ^a dose), lei potrebbe avere sviluppato dei sintomi di COVID-19. In tal caso, si raccomanda di eseguire un test COVID-19:		Data: Risultato:		
PAZIENTE: acconsento all'utilizzo dei miei dati, sia quelli relativi all'esito della gravidanza sia quelli relativi a un'eventuale infezione, a scopi di ricerca per migliorare la presa in carico delle pazienti incinte.				
COGNOME:		Nome:		
Data di nascita:		Firma:		