

DA COMPILARE DALLA PAZIENTE, E DA RESTITUIRE IN SEGUITO ALL'INVESTIGATORE

PRIMA DELLA VACCINAZIONE

Ha avuto un test SARS-CoV-2 positivo ?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
Se sì, quale test ?	<input type="checkbox"/> PCR nasofaringe	<input type="checkbox"/> Test antigenico	<input type="checkbox"/> Sierologia <input type="checkbox"/> NON LO SO
Data del test : (giorno/mese/anno)		
Quali sintomi ha presentato?	<input type="checkbox"/> NESSUN SINTOMO		<input type="checkbox"/> Stanchezza
	<input type="checkbox"/> Febbre : <38 / 38-39 / >39 °C		<input type="checkbox"/> Cefalea / mal di testa
	<input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Nausea / vomito
	<input type="checkbox"/> Dispnea / fiato corto		<input type="checkbox"/> Tosse con catarro
	<input type="checkbox"/> Mal di gola		<input type="checkbox"/> Perdita del gusto / odorato
	<input type="checkbox"/> Dolore muscolare		<input type="checkbox"/> Altro :
È stata ricoverata per il COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> SÌ	In quale ospedale ?	Ha ricevuto <input type="checkbox"/> SÌ
	<input type="checkbox"/> NO	dell'ossigeno ? <input type="checkbox"/> NO

VACCINAZIONE – 1^a iniezione

Quale vaccino ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Altro :
Data della prima dose			
 (giorno/mese/anno)		
• Sito di iniezione	<input type="checkbox"/> Braccio destro	<input type="checkbox"/> Braccio sinistro	<input type="checkbox"/> Altro :
• Luogo della vaccinazione	<input type="checkbox"/> Ginecologo/Ostetrica (studio privato)		<input type="checkbox"/> Centro di vaccinazione
	<input type="checkbox"/> Ginecologo/Ostetrica (ospedale)		<input type="checkbox"/> Medico generico
	<input type="checkbox"/> Programma di vaccinazione sul lavoro		<input type="checkbox"/> Farmacista
• Ha assunto medicinali contro la febbre il giorno della vaccinazione ? (Dafalgan, Ibuprofene...)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
Reazione locale ?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
• Se sì, quale reazione locale ?	<input type="checkbox"/> Gonfiore / Edema	<input type="checkbox"/> Rossore	<input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Indurimento
	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Ematoma	<input type="checkbox"/> Calore <input type="checkbox"/> Altro
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 ^a iniezione ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1 ^a iniezione
	<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 ^a iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so
	<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 ^a iniezione		
Reazione sistemica ?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
• Se sì, quale reazione sistemica ?	<input type="checkbox"/> Stanchezza	<input type="checkbox"/> Febbre (>= 38°C)	<input type="checkbox"/> Cefalea (mal di testa)
	<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Dolore muscolare
	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Dolore articolare	<input type="checkbox"/> Altro :
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Malessere	
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 ^a iniezione ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1 ^a iniezione
	<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 ^a iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so
	<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 ^a iniezione		
Effetto secondario SEVERO ?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
• Se sì, quale reazione severa?	<input type="checkbox"/> Ospedalizzazione possibilmente in relazione al vaccino		
	<input type="checkbox"/> Ricovero materno in cure intense		
	<input type="checkbox"/> Choc anafilattico		
	<input type="checkbox"/> Altro evento severo :		
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 ^a iniezione ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1 ^a iniezione
	<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 ^a iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so
	<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 ^a iniezione		

VACCINAZIONE – 2^a iniezione

VACCINAZIONE – 2 ^a iniezione			
Data della 2a dose (giorno/mese/anno)		
• Sito di iniezione	<input type="checkbox"/> Braccio destro <input type="checkbox"/> Braccio sinistro	<input type="checkbox"/> Altro :	
• Luogo della vaccinazione	<input type="checkbox"/> Ginecologo/Ostetrica (studio privato) <input type="checkbox"/> Ginecologo/Ostetrica (ospedale) <input type="checkbox"/> Programma di vaccinazione sul lavoro	<input type="checkbox"/> Centro di vaccinazione <input type="checkbox"/> Medico generico <input type="checkbox"/> Farmacista	
• Ha assunto medicinali contro la febbre il giorno del vaccino ? (Dafalgan, Ibuprofene...)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
Reazione locale dopo la 2 ^a iniezione ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
• Se sì, quale reazione locale ?	<input type="checkbox"/> Gonfiore / Edema <input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Rossore <input type="checkbox"/> Ematoma	<input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Calore <input type="checkbox"/> Indurazione <input type="checkbox"/> Altro :
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 ^a iniezione	<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1a iniezione <input type="checkbox"/> Non lo so	
Reazione sistemica dopo la 2 ^a iniezione ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
• Se sì, quale reazione sistemica ?	<input type="checkbox"/> Stanchezza <input type="checkbox"/> Brividi <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Febbre (>= 38°C) <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Dolore articolare <input type="checkbox"/> Malessere	<input type="checkbox"/> Cefalea (mal di testa) <input type="checkbox"/> Dolore muscolare <input type="checkbox"/> Altro :
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 ^a iniezione	<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1a iniezione <input type="checkbox"/> Non lo so	
Effetto secondario SEVERO dopo la 2 ^a iniezione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
• Se sì, quale reazione severa?	<input type="checkbox"/> Ospedalizzazione possibilmente in relazione al vaccino <input type="checkbox"/> Ricovero materno in cure intense <input type="checkbox"/> Choc anafilattico <input type="checkbox"/> Altra reazione severa :		
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 ^a iniezione	<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1a iniezione <input type="checkbox"/> Non lo so	

Eventuale TEST COVID-19 EFFETTUATO DOPO LA VACCINAZIONE

<ul style="list-style-type: none"> • Malgrado il vaccino (1^a o 2^a dose), ha forse avuto dei sintomi del COVID-19. • In questo caso, un test COVID è raccomandato 	Data dell'inizio dei sintomi Data del test :	Quale test ? <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Test antigenico <input type="checkbox"/> NON LO SO	Risultato : <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> NON LO SO
Quali sintomi ha presentato?	<input type="checkbox"/> NESSUN SINTOMO <input type="checkbox"/> Febbre : <38 / 38-39 / >39 °C <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dispnea / fiato corto <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Dolore muscolare		
	<input type="checkbox"/> Stanchezza <input type="checkbox"/> Cefalea / mal di testa <input type="checkbox"/> Nausea / vomito <input type="checkbox"/> Tosse con catarro <input type="checkbox"/> Perdita del gusto / odorato <input type="checkbox"/> Altro :		

PAZIENTE : acconsento affinché questi dati, quelli riguardanti la mia gravidanza e quelli legati a un'eventuale infezione possano essere utilizzati ai fini di ricerca allo scopo di migliorare la presa a carico delle pazienti in gravidanza

COGNOME :

Nome :

Data di nascita:

Firma :