

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 |
| 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 2 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 2 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 2 ^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 ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) <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 2 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 2 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 2 ^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 2 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 2 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 2 ^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 / $38-39$ / $>39^{\circ}\text{C}$ <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 :