

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

covipreg@chuv.ch

Prof. D. BAUD - Maternité du CHUV, Av. Pierre Decker 2, 1011 Lausanne

Data presunta del parto :	.....		
<b>PRIMA DELLA VACCINAZIONE</b>			
Ha avuto un test SARS-CoV-2 <b>positivo</b> ?	<input type="checkbox"/> SI	<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"/> SI	In quale ospedale ?	Ha ricevuto dell'ossigeno ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NO	.....	
<b>VACCINAZIONE – 1<sup>a</sup> iniezione</b>			
Quale vaccino ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Altro : .....
<b>Data della prima dose</b>			
	..... (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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO
Reazione locale ?	<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"/> 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 <b>primi 7 giorni</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione ?	<input type="checkbox"/> > <b>1 mese</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione	
	<input type="checkbox"/> <b>8 - 14 giorni</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione	<input type="checkbox"/> Non lo so	
	<input type="checkbox"/> da <b>15 giorni a 1 mese</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		
Reazione sistemica ?	<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"/> 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 <b>primi 7 giorni</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione ?	<input type="checkbox"/> > <b>1 mese</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione	
	<input type="checkbox"/> <b>8 - 14 giorni</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione	<input type="checkbox"/> Non lo so	
	<input type="checkbox"/> da <b>15 giorni a 1 mese</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		
Effetto secondario SEVERO ?	<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"/> Altro evento severo : .....		
• Quando ?	<input type="checkbox"/> i <b>primi 7 giorni</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione ?	<input type="checkbox"/> > <b>1 mese</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione	
	<input type="checkbox"/> <b>8 - 14 giorni</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione	<input type="checkbox"/> Non lo so	
	<input type="checkbox"/> da <b>15 giorni a 1 mese</b> dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		

## VACCINAZIONE – 2<sup>a</sup> iniezione

<b>Data della 2a dose</b> .....				(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
• 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 <sup>a</sup> 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	
• Quando ?		<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione ?		<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		
• Quando ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1a iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so				
Reazione sistemica dopo la 2 <sup>a</sup> 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	
• Quando ?		<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione ?		<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		
• Quando ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 1a iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so				
Effetto secondario SEVERO dopo la 2 <sup>a</sup> 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				
• Quando ?		<input type="checkbox"/> Choc anafilattico		<input type="checkbox"/> Altra reazione severa : .....				
• Quando ?		<input type="checkbox"/> i primi 7 giorni dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione ?		<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 1 <sup>a</sup> iniezione		
• Quando ?		<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"> <li>• Malgrado il vaccino (1<sup>a</sup> o 2<sup>a</sup> dose), ha forse avuto <b>dei sintomi del COVID-19</b>.</li> <li>• In questo caso, un test COVID è raccomandato</li> </ul>	<b>Data dell'inizio dei sintomi</b> ..... <b>Data del test :</b> .....	<b>Quale test ?</b> <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Test antigenico <input type="checkbox"/> NON LO SO	<b>Risultato :</b> <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 :** \_\_\_\_\_