

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 :			
PRIMA DELLA INIEZIONE N°3				
Ha avuto un test SARS-CoV-2 positivo ?	<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

VACCINAZIONE - 1a INIEZIONE	Data : (giorno/mese/anno)
VACCINAZIONE - 2a INIEZIONE	Data : (giorno/mese/anno)

VACCINAZIONE – 3ª INIEZIONE				
Data della 3a dose (giorno/mese/anno)			
Quale vaccino ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Altro:	
• 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 del vaccino ? (Dafalgan, Ibuprofene...)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON LO SO	
Reazione locale dopo la 3ª 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"/> Rossore	<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Indurazione
	<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 3ª iniezione ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 3ª iniezione	
	<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 3ª iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so	
	<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 3ª iniezione			
Reazione sistemica dopo la 3ª 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"/> 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 3ª iniezione ?		<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 3ª iniezione	
	<input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 3ª iniezione		<input type="checkbox"/> Non lo so	
	<input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 3ª iniezione			

Effetto secondario SEVERO dopo la 3 ^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 3 ^a iniezione ? <input type="checkbox"/> 8 - 14 giorni dopo la 3 ^a iniezione <input type="checkbox"/> da 15 giorni a 1 mese dopo la 3 ^a iniezione	<input type="checkbox"/> > 1 mese dopo la 3 ^o iniezione <input type="checkbox"/> Non lo so	

Eventuale TEST COVID-19 EFFETTUATO DOPO LA INIEZIONE N°3

<ul style="list-style-type: none"> Malgrado il vaccino, 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 :