



Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari

Pre-screening allergologico per vaccinazione SARS-CoV-2

Gentile Dipendente,

la compilazione del presente modulo è finalizzata all'individuazione di soggetti che potrebbero necessitare di una valutazione allergologica prima di poter effettuare la vaccinazione per SARS-CoV2.

Qualora si venisse contattati dal personale dell'Allergologia, sarà necessario presentare la documentazione relativa alla problematica segnalata.

Grazie per la collaborazione.

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Reparto/Servizio:

Ruolo:

Recapito telefonico (cellulare):

Recapito telefonico (Fisso):

e-mail:

Codice fiscale:

Questionario:

1) Ha mai avuto una diagnosi di shock anafilattico? SI/NO

2) Le è mai stata prescritta l'adrenalina autoiniettabile per una qualsiasi forma di allergia (farmaci, alimenti, imenotteri o altro)? SI/NO

3) Ha mai effettuato un ricovero ospedaliero o un accesso al pronto soccorso per una reazione allergica grave (farmaci, alimenti, imenotteri o altro)? SI/NO

- 4) Ha mai avuto una reazione allergica a vaccini? SI/NO
 - 5) Ha una diagnosi di allergia al lattice? SI/NO
 - 6) Ha una diagnosi di allergia al PEG (Polietilenglicole), ai polisorbati, al polisorbato 80 o al Macrogol? SI/NO
 - 7) Soffre di orticaria e/o angioedema ricorrente/in corso? SI/NO
 - 8) Soffre di Mastocitosi o di una Sindrome da attivazione mastocitaria? SI/NO
 - 9) Soffre di asma grave in terapia con farmaci biologici o di asma non controllato? SI/NO
 - 10) Soffre di angioedema ereditario? SI/NO
 - 11) Sta effettuando terapia desensibilizzante (“vaccino”) per allergia? SI/NO
 - 12) Fa attualmente uso di farmaci Beta-bloccanti? SI/NO
-