PLANFARM SA - Farmacia di Breganzona

Via Gemmo 3 CH – 6900 Lugano Tel +41 91 9664121 info@farmaciadibreganzona.ch



MODULO PER L'ACCETTAZIONE ALLA VACCINAZIONE SARS-COV19

Cognome	Nome	
Data di nascita /	Sesso: M / F	
Via/Piazza	N° CAP Località	
Tel	e-mail	
Ha contratto il COVID? SI / NO Diag	gnosticato il / Se SI, allegare giustificativo del	Cantone
Per le donne: È in gravidanza? SI / NO Se SI a quale mese? Dal IV m	ese allegare autorizzazione del ginecologo	
Sta allattando? SI / NO Se SI, la vaccina	zione è sconsigliata	
Ha disturbi della coagulazione, emofilia, è Se SI, allegareautorizzazione del medico	in terapia anticoagulante (SINTROM, MARCOUMAR)? SI /	NO
Ha avuto in passato allergie in seguito a va Se SI, allegare autorizzazione del medico vaccinazione	e prenda una compressa di antiallergico almeno 1 ora prir	na della TERNA SI / NO
Soffre di altri tipi di allergie? SI / NO Se SI, prenda una compressa di antistami	inico almeno 1 ora prima della vaccinazione VERIFICA IN	TERNA SI / NO
E' immunodepresso o in terapia con immu	unosoppressori? SI / NO Se SI, allegare autorizzazione de	el medico
E' in terapia oncologica? SI / NO Se SI, a	allegare autorizzazione del medico	
Soffre di altre allergie? SI / NO Se SI, a d	cosa?	
Soffre di altre malattie?SI / NO Se SI, qu	ıali?	
·	enimento, è sensibile alla vista del sangue e degli aghi? SI /	
Presenta sintomi influenzali come: raffred intestinali acuti? SI / NO	ldore, tosse, mal di gola, dolori muscolari o articolari, febbr	e, disturbi

NOTA IMPORTANTE:

Se SI, è consigliato rinviare la vaccinazione

La invitiamo a prendere visione dei possibili effetti collaterali che si possono presentare nelle ore o giorni successivi alla vaccinazione e di comunicarli al suo medico, a noi o direttamente all'Ufficio Federale competente di cui trovate i collegamenti ed i moduli sul nostro sito www.farmaciadibreganzona.ch