

MODULO REGISTRAZIONE

COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE (STP o ENI)	
TESSERA SANITARIA (numero)	
email	
Numero di telefono cellulare	
Nome vaccino prima dose e/o seconda (se applicabile)	☐ Moderna "Moderna" ☐ Pfizer BioNTech "Comirnaty" ☐ Astra Zeneca "VaxZevria" ☐ Johnson "Janssen" ☐ Altro _____

Indichi qui di seguito se, dopo l'assunzione della prime dosi del vaccino "COVID-19" ha manifestato possibili effetti indesiderati.

Se Lei ha manifestato un qualsiasi effetto indesiderato **non elencato** qui di seguito, informi immediatamente il Medico prima di procedere con l'assunzione dell'attuale dose.

Reazioni comuni:

• dolore, arrossamento, gonfiore nel sito di iniezione	☐ SI	☐ NO
• stanchezza	☐ SI	☐ NO
• mal di testa	☐ SI	☐ NO
• dolori muscolari	☐ SI	☐ NO
• brividi	☐ SI	☐ NO
• dolori articolari	☐ SI	☐ NO
• febbre	☐ SI	☐ NO
•ingrossamento dei linfonodi	☐ SI	☐ NO
•nausea/vomito	☐ SI	☐ NO
Altre reazioni avverse:	☐ SI	☐ NO
Se "SI" quali:		

Roma, _____

Firma _____