

APPENDIX A English Version

**COVID-19 VACCINATION – SEROLOGICAL TEST
FORM FOR DETECTIONS OF ADVERSE REACTIONS AND COVID-19 INFECTIONS AFTER THE
SECOND DOSE OF VACCINATION**

Date of blood donation for serological test: ____/____/____

NOTE: In the present form, only **adverse reactions and COVID-19 infections encountered after the SECOND dose of vaccination** are detected.

Date **FIRST** dose ____/____/____ Date **SECOND** dose ____/____/____

Family Name Name

Sex M F Born on ____/____/____ Telephone number

AFTER THE SECOND DOSE of vaccine, if you have experienced at least one symptom reported in the scheme, please state the degree of severity, the starting date and the duration (days) of each symptom

Symptom			Starting date	Duration
Pain at injection site	No	Light	Mild	Severe
Redness at injection site	No	Yes, maximum diameter cm		
Swelling at injection site	No	Yes, maximum diameter cm		
Fever	No	Yes, maximum temperature°C		
Headache	No	Light	Mild	Severe
Fatigue	No	Light	Mild	Severe
Muscle pain	No	Light	Mild	Severe
Joint pain	No	Light	Mild	Severe
Diarrhea	No	Light	Mild	Severe
Nausea/vomiting	No	Light	Mild	Severe
Lymph-node swelling	No	Light	Mild	Severe
Skin rash	No	Light	Mild	Severe
Face/tongue/throat swelling	No	Light	Mild	Severe
Shortness of breath	No	Light	Mild	Severe

If you have experienced any symptom not included in the scheme on the previous page, please indicate them below:

Other symptom 1 (specify):
Starting Date ____/____/____ How many days? _____

Other symptom 2 (specify):
Starting Date ____/____/____ How many days? _____

(Please fill this section if you have experienced at least one symptom)

Due to the experienced symptoms:

1. Did you need to visit a physician or another healthcare provider?

NO YES

2. Did you need to take medications?

NO YES

If YES, which ones?

3. Did you go to the Emergency Department?

NO YES

If YES, in which Hospital?

Which day? ____/____/____

Emergency Department diagnosis

4. Have you been hospitalized?

NO YES

If YES, in which Hospital?

From day ____/____/____ to day ____/____/____

Discharge diagnosis

FORM ABOUT CORONAVIRUS (SARS-COV-2)

After the SECOND DOSE of vaccine:

1. Have you ever had a positive swab for Coronavirus? NO YES I don't know (awaiting for the result)

>> If YES, state the date of the first positive swab: ____/____/____

2. Have you experienced SYMPTOMS related to Coronavirus? NO YES

>> If YES, state Starting date of symptoms ____/____/____ and here below WHICH SYMPTOMS:

- 1.Fever (Maximum teperature detected °C)
- 2.Eyes disorders, cold, sore throat
- 3.Changes in taste and/or smell
- 4.Cough, chest pain, difficulty breathing
- 5.Headache, exhaustion, widespread muscle pain
- 6.Nausea, vomiting, diarrhea, abdominal pain
- 9.Others, specify

3. Have you had a DIAGNOSIS of COVID-19? NO YES

>> If YES, have you been HOSPITALIZED? NO, treated at home YES

>> If YES, in which Hospital?

From day ____/____/____ to day ____/____/____

Have you been in INTENSIVE OR SEMI-INTENSIVE CARE UNIT? NO YES

Notes

.....

.....

APPENDIX A Original Version

**VACCINAZIONE ANTI COVID-19 – SIEROLOGICO DI CONTROLLO
MODULO DI RILEVAZIONE REAZIONI AVVERSE E CONTAGI DA CORONAVIRUS
DOPO LA SECONDA DOSE**

Data del prelievo per il test sierologico: ____/____/____

NOTA: Nel presente modulo vengono rilevate unicamente le **reazioni avverse e i contagi da Coronavirus riscontrate a seguito della SECONDA somministrazione del vaccino.**

Data PRIMA dose ____/____/____ Data SECONDA dose ____/____/____

Cognome Nome

Sesso *0 M 0 F* Nato/a il ____/____/____ Recapito telefonico

DOPO LA SECONDA DOSE di vaccino, se ha avuto uno dei sintomi riportati nello schema, indichi per favore il grado di severità, la data di inizio e la durata (in giorni) di ciascun sintomo

Sintomo					Data inizio	Durata
Dolore in sede di iniezione	No	Lieve	Moderato	Severo		
Arrossamento in sede di iniezione	No	Si, diametro massimocentimetri				
Gonfiore in sede di iniezione	No	Si, diametro massimo centimetri				
Febbricola o febbre	No	Si, temperatura massima °C				
Mal di testa	No	Lieve	Moderato	Severo		
Senso di debolezza	No	Lieve	Moderato	Severo		
Dolori muscolari	No	Lieve	Moderato	Severo		
Dolore alle articolazioni	No	Lieve	Moderato	Severo		
Diarrea	No	Lieve	Moderata	Severa		
Vomito	No	Lieve	Moderato	Severo		
Ingrossamento dei linfonodi (ghiandole)	No	Lieve	Moderato	Severo		
Orticaria o altra reazione cutanea diffusa	No	Lieve	Moderata	Severa		
Gonfiore del viso, della lingua o della gola	No	Lieve	Moderato	Severo		
Difficoltà a respirare	No	Lieve	Moderata	Severa		

Se ha avuto sintomi non compresi nello schema in prima pagina, li indichi qui sotto:

Altro sintomo 1 (specificare):
Data Inizio ____/____/____ Per quanti giorni? _____

Altro sintomo 2 (specificare):
Data Inizio ____/____/____ Per quanti giorni? _____

(Compili questa sezione solo se ha avuto almeno un sintomo)

A causa di questi sintomi:

1. Ha dovuto fare ricorso a un medico o altro sanitario?

NO SI

2. Ha dovuto prendere dei farmaci?

NO SI

Se SI, quali?

3. E' andato/a al Pronto Soccorso?

NO SI

Se SI, in quale Ospedale?

In che giorno? ____/____/____

Diagnosi del Pronto Soccorso

4. E' stato/a ricoverato/a?

NO SI

Se SI, in quale Ospedale?

Dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

Diagnosi di dimissione

SCHEDA SU CORONAVIRUS (SARS-COV-2)

Dopo la SECONDA DOSE di vaccino:

1. Ha avuto un TAMPONE POSITIVO per Coronavirus? NO SI Non so (in attesa di risultato)

>> Se SI, indichi la data del primo tampone positivo: ____/____/____

2. Ha avuto SINTOMI ricollegabili al Coronavirus? NO SI

>> Se SI, indicare Data inizio sintomi ____/____/____ e qui sotto QUALI SINTOMI:

- 1. Febbricola o febbre (temperatura massima misurata°C)
- 2. Disturbi agli occhi, raffreddore, mal di gola
- 3. Alterazioni del gusto e/o dell'olfatto
- 4. Tosse, dolori al torace, difficoltà a respirare
- 5. Mal di testa, spossatezza, dolori muscolari diffusi
- 6. Nausea, vomito, diarrea, dolori addominali
- 9. Altro, specificare

3. Ha avuto una DIAGNOSI di COVID-19? NO SI

>> Se SI, è stato/a RICOVERATO/A? NO, curato/a a casa SI

>> Se SI, in quale Ospedale?

Dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

E' stato/a in TERAPIA INTENSIVA O SEMI-INTENSIVA? NO SI

Note eventuali

.....

.....