

Supplementary material

Questionnaire used after the first dose of vaccine



IN RIFERIMENTO ALLA PRIMA DOSE DI VACCINO RICEVUTA

1. Iniziali del Nome e del Cognome

2. Reparto

3. Sei mai risultato positivo per Covid-19?

Sì No

4. Data primo tampone (rapido o molecolare) positivo:

5. Data negativizzazione del tampone:

6. Sei stato ospedalizzato per l'infezione da Covid-19?

Sì No

7. Sei stato vaccinato per Covid 19 con vaccino Comirnaty, BioNTech/Pfizer?

Sì No

8. Hai avuto, dopo la vaccinazione, una reazione di questo tipo? Seleziona tutte le voci applicabili.

- nessuna;
 dolore nel sito di iniezione;
 stanchezza;
 mal di testa;
 dolore muscolare;
 dolore articolare;
 brividi;
 eruzioni cutanee
 febbre
 tachicardia

Dopo quanto tempo? _____

Per quanto tempo? _____

Se hai avuto febbre, dopo quanto tempo? _____

con che valore? _____

per quanto tempo? _____

Altro (indica qualsiasi altro sintomo):

9. Hai assunto farmaci per contrastare i sintomi? Se sì quali?

Data

Firma

Questionnaire used after the second dose of vaccine



IN RIFERIMENTO ALLA SECONDA DOSE DI VACCINO RICEVUTA

1. Iniziali del Nome e del Cognome

2. Reparto

3. Sei mai risultato positivo per Covid-19?

Sì No

4. Data primo tampone (rapido o molecolare) positivo:

5. Data negativizzazione del tampone:

6. Sei stato ospedalizzato per l'infezione da Covid-19?

Sì No

7. Sei stato vaccinato per Covid 19 con vaccino Comirnaty, BioNTech/Pfizer?

Sì No

8. Hai avuto, dopo la vaccinazione, una reazione di questo tipo? Seleziona tutte le voci applicabili.

- nessuna;
 dolore nel sito di iniezione;
 stanchezza;
 mal di testa;
 dolore muscolare;
 dolore articolare;
 brividi;
 eruzioni cutanee
 febbre
 tachicardia

Dopo quanto tempo? _____

Per quanto tempo? _____

Se hai avuto febbre, dopo quanto tempo? _____

con che valore? _____

per quanto tempo? _____

Altro (indica qualsiasi altro sintomo):

9. Hai assunto farmaci per contrastare i sintomi? Se sì quali?

Data

Firma