



AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA

Dipartimento di Prevenzione



призвіще _____

(COGNOME)

ім'я _____

(NOME)

дата народж _____

(DATA NASCITA)

Н.паспорта _____

(N.PASSAPORTO)

Н.тел. _____

(N. TELEFONICO)

місце проживання в Італії:

(DOMICILIO IN ITALIA)

місто _____

(CITTA')

вул _____

(VIA)

ім'я та прізвище контактної особи в Італії _____

(NOME E COGNOME DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO IN ITALIA)

номер телефону контактної особи в Італії +39 _____

(RECAPITO TELEFONICO DI RIFERIMENTO IN ITALIA)

1) За останні 15 днів мав/ла:

(negli ultimi 15 giorni ha avuto)

☐ **температура** (кількість днів _____)

febbre

(durata in giorni)

☐ **кашель** (кількість днів _____)

tosse

☐ **біль горла** (кількість днів _____)

mal di gola

☐ **діарея** (кількість днів _____)

diarrea

☐ **блювота** (кількість днів _____)

vomito

☐ **головні болі** (кількість днів _____)

cefalea

☐ **свербіж** (кількість днів _____)

prurito

☐ **інше** _____

Altro

2) має такі захворювання, як :

Ha malattie quali

☐ **цукровий діабет**

DIABETE

☐ **бронхіальна астма**

ASMA

☐ **серцеві захворювання**

MALATTIE CARDIACHE

☐ **епілепсія**

EPILESSIA

☐ **Інше** _____

ALTRO

☐ **гепатит В/С**

EPATITE B/C

☐ **туберкульоз**

TUBERCOLOSI

☐ **рак**

TUMORE

3) **хворів/ла на COVID-19**

Ha già avuto il COVID19

☐ **HI**

NO

☐ **TAK**

SI

4) **алергія**

ALLERGIE

☐ **HI**

NO

☐ **TAK**

SI

якщо так, то на що: ☐ **препарати** ☐ **продукти харчування** ☐ **пилон** ☐ **пиловий кліщ**

se si specificare :

FARMACI

ALIMENTI

POLLINI

ACARI

☐ **Інше**

ALTRO

5) **чи приймає ліки**

STA ASSUMENDO FARMACI

☐ **HI**

NO

☐ **TAK**

SI

якщо так, то на що:

Se SI specificare:

Статус вакцинації (по можливості показати довідку про щеплення)

STATO VACCINALE (se possibile mostrare il certificato/libretto vaccinale)

Вакцинація проти Covid 19 завершена

Vaccinazione anti-Covid19 completa

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти правця (столбняка)

Vaccinazione anti-tetanica

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти дифтерії

Vaccinazione antidifterica

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти поліомієліту

Vaccinazione anti-poliomielite

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти кору

Vaccinazione anti-morbillo

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти паротиту (свинка)

Vaccinazione anti-parotite

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти краснухи

Vaccinazione anti-rosolia

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти гепатиту В

Vaccinazione antiepatite B

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

щеплення проти туберкульозу

Vaccinazione anti-tubercolosi

☐ **HI**

NO

☐ **TAK остання доза**

SI

data ultima dose

Тільки для жінок

RISERVATO ALLE DONNE

Вагітність ☐ **HI**

GRAVIDANZA

NO

☐ **TAK**

SI

термін вагітності

settimana di gestazione

Дата останньої менструації

Data ultima mestruazione

Дата

підпис