

<b>Ім'я та прізвище:</b> _____ <b>Nome e cognome:</b> _____				
<b>Дата і місце народження:</b> _____ <b>Data e luogo di nascita:</b> _____				
<b>АНАМНЕЗ</b> <b>ANAMNESI</b>		<b>TAK</b> <b>SI'</b>	<b>HI</b> <b>NO</b>	<b>HE</b> <b>ЗНАЮ</b> <i>Non so</i>
Зараз Ви хворієте? Attualmente è malato?				
У Вас температура? Ha febbre?				
У Вас діарея та/або біль у животі? Ha diarrea e/o dolore addominale				
Чи є у Вас алергія на певні медикаменти? Якщо так, вкажіть на які: ..... Soffre di allergie a farmaci? Se si specificare: .....				
Чи страждаєте Ви на серцеві чи легеневі хвороби? Soffre di malattie cardiache o polmonari?				
Чи страждаєте Ви на цукровий діабет? Soffre di diabete mellito?				
Чи є у Вас проблеми з мозком або нервовою системою? Soffre di qualche problema al cervello o al Sistema nervoso?				
Вкажіть назву хвороби: Specifichi di seguito le sue patologie:				
Вкажіть ліки, які Ви приймаєте: Specifichi di seguito i farmaci che sta prendendo:				
<b>ЖІНКАМ:</b> <b>PER LE DONNE:</b>		<b>TAK</b> <b>SI'</b>	<b>HI</b> <b>NO</b>	<b>HE</b> <b>ЗНАЮ</b> <i>Non so</i>
Ви вагітна? Якщо так, то на якому тижні вагітності? _____ E' incinta? Se si a che settimana di gravidanza è?: _____ Ви зараз годуєте грудьми? Sta allattando?				
<b>АНАМНЕЗ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ</b> <b>ANAMNESI TUBERCOLOSI CORRELATA</b>		<b>TAK</b> <b>SI'</b>	<b>HI</b> <b>NO</b>	<b>HE</b> <b>ЗНАЮ</b> <i>Non so</i>
У Вас був туберкульоз? Ha avuto la tubercolosi?				
Якщо так, вкажіть чи був він у Вас в минулому чи й зараз Ви перебуваєте на лікуванні: _____ Se si, specificare se trattata in passato o in trattamento: _____				
Якщо лікування в процесі, вкажіть назву медикаментів та початок їх вживання: _____ Se la terapia è in corso specificare farmaci e inizio: _____				
Чи є у Вас якийсь із цих симптомів: Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- Кашель щонайменше 2 тижні - Tosse da almeno 2 settimane				
- Висока або невеличка температура - Febbre o febricola				
- Загальне нездужання - Malesere generale				
- Схуднення - Dimagrimento				
- Астенія - Astenia				
- Лімфаденопатія - Linfadenopatie				



<b>АНАМНЕЗ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З КОВІДОМ</b> <b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b>		<b>TAK</b> <b>SI'</b>	<b>HI</b> <b>NO</b>	<b>НЕ ЗНАЮ</b> <b>Non so</b>
<p>- Ви перехворіли Ковідом? Якщо так, вкажіть коли: _____ - Ha avuto il Covid? se sì, quando: _____</p> <p>- Ви вакциновані від Ковіду? E' vaccinato per il Covid?</p> <p>Якщо так, вкажіть назву вакцини: _____ Se sì, quale vaccine ha fatto: _____</p> <p>Дата та доза: _____ Дата 2-ї дози: _____ Дата 3-ї дози: _____ Data I dose: _____ Data 2° dose: _____ Data 3° dose: _____</p>				
<p>- У Вас діарея та/або біль у животі? - Manifesta diarrea e/o dolore addominale?</p>				
<p>- У Вас болить горло або спостерігається втрата нюху/смаку? - Manifesta mal di gola o perdita di olfatto/gusto?</p>				
<p>- Чи є у Вас кашель/застуда/симптоми грипу? - Manifesta tosse/raffreddore/sintomi influenzali?</p>				
<b>Дата</b> Data		<b>Підпис</b> Firma		