



VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

Fissate un appuntamento per la vaccinazione di qualcun altro

Potete programmare anche un appuntamento per persone a voi care. Verificate quindi nell'apposito elenco, se il vostro Cantone dispone di uno strumento di prenotazione online.

La lista di controllo che segue vi aiuterà a fornire tutte le indicazioni fondamentali alla persona interessata. È possibile che le informazioni varino a seconda del cantone, pertanto la lista contiene tutte le informazioni potenzialmente necessarie.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Genere <input type="checkbox"/> Appartiene a gruppi di persone particolarmente a rischio a causa di una determinata forma di una delle seguenti patologie croniche? <ul style="list-style-type: none"> - Patologie cardiache - Ipertensione arteriosa/Pressione alta - Malattie delle vie respiratorie (tra cui malattia polmonare ostruttiva cronica e fibrosi polmonare) - Malattie del fegato croniche, inclusa la cirrosi - Insufficienza renale - Diabete mellito - Forte sovrappeso (indice di massa corporea $\geq 35 \text{ kg/m}^2$) - Trisomia 21 <input type="checkbox"/> Soffre di allergie? <input type="checkbox"/> Ha un'immunodeficienza congenita o acquisita oppure sta seguendo un trattamento immunosoppressivo o contro il cancro? <input type="checkbox"/> Se siete una donna incinta, da quando? <input type="checkbox"/> Svolge una professione come operatore sanitario a contatto con i pazienti o come caregiver di persone particolarmente a rischio? <input type="checkbox"/> Ha stretti contatti con una delle persone definite particolarmente a rischio (componenti adulti della famiglia)? | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vive o lavora in una struttura comunitaria (ad es. ricovero...)? <input type="checkbox"/> È mai stata confermato positivo al COVID-19 (test PCR-/antigene)? <input type="checkbox"/> Ha attualmente febbre o altri sintomi quali tosse, mal di gola, dolori al petto, dispnea? <input type="checkbox"/> Si trova attualmente in isolamento? <input type="checkbox"/> Ha mai avuto una reazione eccessiva in occasione di una precedente vaccinazione? <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Cognome <input type="checkbox"/> Data di nascita <input type="checkbox"/> Numero della tessera di assicurazione malattia <input type="checkbox"/> Numero di AS/AVS <input type="checkbox"/> Indirizzo (via e numero civico) <input type="checkbox"/> Numero postale di avviamento <input type="checkbox"/> Località <input type="checkbox"/> Cantone <input type="checkbox"/> Paese <input type="checkbox"/> Condizioni di vita <input type="checkbox"/> Professione <input type="checkbox"/> Può presentarsi autonomamente presso un centro di vaccinazione? |
|--|--|

¹ [La lista dettagliata delle malattie è disponibile qui: Categorie di persone particolarmente a rischio\(PDF, 205 kB\)](#)

www.ufsp-coronavirus.ch/vaccinazione Infoline vaccinazione COVID-19: 058 377 88 92

