

# Studio osservazionale sulla aderenza alla vaccinazione contro SARS-CoV-2 in pazienti affetti da neuropatia e raccolta degli eventi avversi correlati al vaccino.

Ambulatorio Malattie Neuromuscolari rare  
AOUP Paolo Giaccone, Università degli Studi di Palermo

Il seguente questionario è raccolto in forma anonima, quindi in nessuna occasione dovrà scrivere il suo nome e/o cognome.

---

**\*Campo obbligatorio**

1. Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni sulla aderenza o \* meno alla vaccinazione contro SARS-CoV-2 in soggetti affetti da neuropatia e di età maggiore o uguale a 18 anni. Inoltre, verranno raccolte informazioni demografiche come sesso ed età, la terapia praticata ed eventuali eventi avversi correlati alla vaccinazione. L'obiettivo del presente studio è di quantificare l'aderenza alla vaccinazione in soggetti con neuropatia e di studiare gli eventi avversi correlati al vaccini in questa categoria di pazienti. I dati verranno raccolti e utilizzati in forma anonima. Presta il suo consenso a partecipare allo studio? La risposta "no" terminerà in maniera automatica il questionario e la raccolta dei dati.

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Sì
- ☐ No (in tal caso il questionario termina qui!)

2. Sesso \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Uomo
- ☐ Donna

3. Età \*

---

4. Fascia d'età \*

*Contrassegna solo un ovale.*

☐ 18-30

☐ 31-45

☐ 46-60

☐ 61-75

☐ >75

5. Dove è seguito per la sua neuropatia? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

☐ Palermo

☐ Napoli

☐ Chieti

☐ Bari

☐ Salerno

☐ Altro: \_\_\_\_\_

6. Qual è la sua diagnosi? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Neuropatia diabetica
- ☐ CIDP (polineuropatia infiammatoria demielinizzante cronica)
- ☐ amiloidosi ereditaria
- ☐ neuropatia ereditaria (CMT)
- ☐ neuropatia carenziale
- ☐ neuropatia tossica da farmaci (chemioterapici o altro tipo)
- ☐ neuropatia anti-MAG
- ☐ Neuropatia ereditaria (HNPP)
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_

7. Ha contratto il COVID-19? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ sì, prima di ricevere il vaccino
- ☐ sì, dopo aver ricevuto il vaccino
- ☐ no      *Passa alla domanda 9.*

8. Se ha contratto il COVID-19, può specificare che forma ha avuto? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ una forma asintomatica
- ☐ sintomi lievi (alterazioni del gusto o olfatto, febbre)
- ☐ una forma con polmonite con ospedalizzazione
- ☐ una forma grave con accesso in rianimazione

INFORMAZIONI SULLA VACCINAZIONE

9. Ha ricevuto il vaccino anti-COVID19? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

☐ Sì

☐ no

10. Quale tipo di vaccino? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

☐ Pfizer

☐ Moderna

☐ Astrazeneca

☐ J&J

11. Scriva la data della prima dose \*

---

12. Scriva la data della seconda dose \*

---

13. Scriva la data della terza dose \*

---

14. Quali effetti collaterali correlati alla vaccinazione ha avuto dei seguenti (presentati in un periodo di tempo che va dalla vaccinazione fino a 7 giorni) ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- ☐ Dolore locale al sito di inoculo
- ☐ Spossatezza/stanchezza (astenia)
- ☐ Febbre (temperatura superiore a 37.2°C)
- ☐ Dolori muscolari (mialgia)
- ☐ Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea, dolori addominali)
- ☐ Cefalea
- ☐ Eritema (rash cutaneo)

15. Quali farmaci assumeva nel periodo in cui è stato sottoposto alla vaccinazione? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Analgesici
- ☐ Patisiran
- ☐ Corticosteroidi
- ☐ Nutraceutici (integratori vitaminici, L-acetil-carnitina, acido alfa-lipoico, etc)
- ☐ Antidepressivi (amitriptilina, duloxetina, venlafaxina, escitalopram, etc)
- ☐ Antiepilettici (valproato, gabapentin, pregabalin, etc)
- ☐ Immunoglobuline

16. Quanti farmaci di quelli sopraelencati sta assumendo? \*

---

17. Valutazione soggettiva sulla modificazioni dei sintomi dovuti alla neuropatia nel periodo successivo la vaccinazione. Indichi la sua valutazione sui propri sintomi. \*

*Contrassegna solo un ovale.*

☐ Rimasti immutati

☐ Sono peggiorati

☐ Sono migliorati

---

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli