

SCHEDA ANAMNESI PRE-VACCINALE

<input type="checkbox"/> Esavalente	<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Ep. B	<input type="checkbox"/> Meningococco
<input type="checkbox"/> Pneumococco	<input type="checkbox"/> Ep. A	<input type="checkbox"/> Influenzale	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> _____

Data ___/___/___

Cognome e Nome _____ nato a _____ il ___/___/___

Solo per vaccino esavalente indicare se:

- NATO A TERMINE (dalla 37° settimana di gravidanza)
 NATO PREMATURO (prima della 37° settimana di gravidanza)

1) Oggi il vaccinando sta bene ?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, il quadro neurologico è stabilizzato?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da HIV ecc.)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con:		
<input type="checkbox"/> Cortisonici per via sistemica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
<input type="checkbox"/> Farmaci antineoplastici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
<input type="checkbox"/> Terapia radiante	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
8) (Per le ragazze/donne). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Notizie fornite dal Sig. _____ Firma _____		
Valutazione sanitaria conclusiva		
Firma e timbro del medico/operatore sanitario _____		

VALUTAZIONE SANITARIA AGGIUNTIVA

(per i casi che necessitano di approfondimento delle informazioni anamnestiche)

1. Accertamenti eseguiti o richiesti e loro esiti

2. Colloqui con specialisti o medici curanti

3. Dati di obiettività clinica

4. Note

Firma e timbro del medico
