



ALLEGATO 2 SCHEDA ANAMNESTICA NEONATALE

SCHEDA ANAMNESTICA DI:

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Triage prevaccinale del bambino fino a 18 mesi compresi di età

1) Il bambino sta bene oggi ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Il bambino è nato prematuro e/o di basso peso?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
3) Il bambino o i suoi familiari (fratelli o genitori) hanno mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
4) Il bambino è allergico a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
5) Il bambino ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
6) Il bambino ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
7) Il bambino ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
8) Negli ultimi 6 mesi, il bambino ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
9) Il bambino è mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
10) Il bambino ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Solo per i vaccini vivi		
11) Il bambino ha avuto una invaginazione/intussuscezione intestinale?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
12) Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari (fratelli, genitori o nonni)?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
13) Il bambino ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
14) Il bambino, nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
15) La madre ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
16) Il bambino vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia) ?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
17) Il bambino vive con una donna in gravidanza?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Note:		

(Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni 2018)

Il medico vaccinatore attesta che non esistono controindicazioni attuali alla somministrazione del/i vaccino/i indicato/i e che il Genitore/rappresentante legale del minore ha riferito l'anamnesi ed ha espresso il suo consenso alla/e Vaccinazione/i, dopo essere stato adeguatamente informato.

Data _____

Firma del medico _____