

ALLEGATO 3 SCHEDA ANAMNESTICA BAMBINI/ADOLESCENTI/ADULTI

SCHEDA ANAMNESTICA DI:

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Triage prevaccinale età superiore a 18 mesi, adolescenti e adulti

1) La persona sta bene oggi ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2) La persona ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
3) La persona è allergica a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
4) La persona ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
5) La persona ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
6) La persona 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"/>
7) Negli ultimi 6 mesi, la persona ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stata sottoposta a radioterapia o dialisi?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
8) La persona è mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
9) La persona ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
10) Se donna, è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Vaccini vivi	
11) La persona, nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
12) La persona 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"/>
13) La persona 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 _____

Pag. 1 a 1