

**PROCEDURA
UOC Vaccinazioni****VACCINAZIONI**

Data ____/____/____ Centro Vaccinale _____

<input type="checkbox"/> Esavalente	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Ep. A	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Mening. B	<input type="checkbox"/> Pneum. coniug.
<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> Ep. B	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Mening. ACWY	<input type="checkbox"/> Pneumo 23 val
<input type="checkbox"/> MPRV	<input type="checkbox"/> DTPP	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Influenzale	<input type="checkbox"/> Mening.C	<input type="checkbox"/> _____

COGNOME E NOME _____ **nato a** _____ **il** ____/____/____

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: Cortisonici per via sistemica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Farmaci antineoplastici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
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
