



Scheda anamnestica

Nome e Cognome del vaccinando: _____

Codice fiscale: _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

01 Attualmente è malato?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
02 Ha febbre?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
03 Soffre o ha mai sofferto di allergie? Specificare:	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
04 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
05 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asme, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? Specificare:	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
06 Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
07 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazione? Specificare:	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
08 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
09 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Specificare:	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
11.1 Per le donne: è in stato di gravidanza?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
11.2 Per le donne: sta pianificando una gravidanza nel prossimo mese?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
12 Per le donne: sta allattando?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Data: ____ / ____ / _____

Firma dell'utente/legale rappresentante: _____

Firma dell'operatore sanitario: _____