

Allegato 1

SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE		
Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ intendo sottoporre/mi sottoporre mio figlio/alle seguenti vaccinazioni:		
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Dichiaro di essere affetto/a da _____ <input type="checkbox"/> Dichiaro che mio figlio/a è affetto/a da: _____		
◆ malattie febbrili o infettive in atto	sì	no
◆ malattie neurologiche se sì, quali _____	sì	no
◆ precedenti malattie neurologiche successive a vaccinazioni (s. di Guillan-Barre', neurite brachiale) se sì, quale reazione a quale vaccino _____	sì	no
◆ malattie immunologiche – immunodeficienze, trapianti se sì, quali _____	sì	no
◆ trasfusioni e/o somministrazione di immunoglobuline negli ultimi 11 mesi	sì	no
◆ allergie a farmaci, sostanze chimiche, proteine dell'uovo se sì, a quali e quale reazione _____	sì	no
◆ precedenti allergie in seguito a somministrazione di vaccinazioni se sì, a quale vaccino _____ quale reazione _____	sì	no
◆ precedenti trombocitopenie da vaccino se sì, specificare quale vaccino _____	sì	no
◆ specificare terapie in atto (in particolare immunosoppressori, cortisone, antitumorali, Tp radiante) _____	sì	no
◆ gravidanza in atto	sì	no
◆ altre patologie rilevanti se sì, quali _____	sì	no
CONSENSO ALLA VACCINAZIONE		
Dichiaro, altresì, quanto segue: - di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute di mio figlio/a; - di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici della/e vaccinazione/i e a quelli che potrebbero derivare dalla/e mancata/e vaccinazioni; - di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti; - di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio 30' dopo la vaccinazione; - di essere stata informata che nei 3 mesi successivi alla vaccinazione antivaricella e nel mese successivo alla vaccinazione morbillo parotite rosolia è opportuno evitare una gravidanza; - di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con documenti scritti specifici) in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla/e vaccinazioni sopra riportate; ESPRIMO IL <u>CONSENSO</u> ALL'ESECUZIONE DELLA/E VACCINAZIONE/I SOPRA INDICATE • SI • NO ESPRIMO IL <u>DISSENSO</u> ALL'ESECUZIONE DELLA/E VACCINAZIONE/I _____		
_____ <i>firma leggibile dell'interessato/esercitante la potestà parentale/ tutore</i>		
_____ <i>firma dello/degli Operatore/i sanitario/i</i>		
Data _____		

SUCCESSIVE SOMMINISTRAZIONI

N° DOSE	DATA	ANAMNESI	Firma dell'interessato/del genitore	Firma dell'operatore sanitario
Seconda Vaccino/i: _____ _____ _____		Situazione invariata rispetto alla precedente dose Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> specificare _____ _____ _____ Reazioni alle precedenti dosi No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> specificare _____ _____		
Terza Vaccino/i _____ _____ _____		Situazione invariata rispetto alla precedente dose Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> specificare _____ _____ _____ Reazioni alle precedenti dosi No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> specificare _____ _____		
Quarta Vaccino/i _____ _____ _____		Situazione invariata rispetto alla precedente dose Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> specificare _____ _____ _____ Reazioni alle precedenti dosi No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> specificare _____ _____		