

ANAMNESI PREVACCINALE

1	L'assistito/a è in buona salute?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO specificare : _____
2	Ha avuto o ha in atto malattie acute o le malattie a fianco specificate?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: <input type="checkbox"/> di tipo neurologico <input type="checkbox"/> di tipo immuno-deficit
3	Ha avuto convulsioni?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: <input type="checkbox"/> con febbre <input type="checkbox"/> senza febbre
4	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto con continuità i farmaci di seguito specificati?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: <input type="checkbox"/> Cortisonici ad alte dosi <input type="checkbox"/> Antineoplastici
5	Nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue o di derivati del sangue, come le immunoglobuline?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: _____
6	Nelle ultime due settimane ha presentato febbre e/o malattie infettive?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: <input type="checkbox"/> Motivo _____ <input type="checkbox"/> Durata _____
7	Ha presentato allergie (anafilassi) a: <ul style="list-style-type: none"> • vaccino o componente del vaccino (conservante, adiuvante, stabilizzante) • alimenti? (Es.: uova) • antibiotici (neomicina – kanamicina), altri _____ • lievito, gelatina • altro _____ 	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: _____ _____

8	Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare: <input type="checkbox"/> Reazioni Locali: <input type="checkbox"/> Rossore <input type="checkbox"/> Tumefazione <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Indurimento <input type="checkbox"/> Impotenza funzionale <input type="checkbox"/> Reazioni generali lievi: <input type="checkbox"/> Febbre _____ <input type="checkbox"/> Malessere <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Dolori osteoarticolari <input type="checkbox"/> Dolori muscolari <input type="checkbox"/> Reazioni generali gravi: (Febbre > 40°C, irrequietezza, convulsioni febbrili e non, ipotonia, collasso), specificare: _____
Data _____ Firma del medico : _____		Data _____ Firma dell'infermiere : _____	