Regione Lombardia

Scheda anamnestica

Nome e Cognome del vaccinando: _____

Codice fiscale: _____

Nato/a _____ il___/___/_____

01 Attualmente è malato?	Sì	No
02 Ha febbre?	Sì	No
03 Soffre o ha mai sofferto di allergie? **Specificare:**	Sì	No
04 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	Sì	No
05 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asme, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? **Specificare:**	Sì	No
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	No
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	No
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	No
09 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	Sì	No
10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? **Specificare:**	Sì	No
11.1 Per le donne: è in stato di gravidanza?	Sì	No
11.2 Per le donne: sta pianificando una gravidanza nel prossimo mese?	Sì	No
12 Per le donne: sta allattando?	Sì	No
13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	Sì	No

Data: _____

Firma del : _____

Regione Lombardia

Firma /legale rappresentante: _____