

**ANAMNESI PRE-VACCINALE**  
ANAMNEZA PRE-VACCINARE

|\_\_| Esavalente    |\_\_| MPR    |\_\_| IPV    |\_\_| DTP    |\_\_| DT    |\_\_| Ep. B    |\_\_| Meningococco  
|\_\_| Pneumococco    |\_\_| Ep. A    |\_\_| Influenzale    |\_\_| Varicella    |\_\_| Altro .....

Unità Operativa di \_\_\_\_\_ Ambulatorio di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Vaccinando: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Vaccinat: Nume si Prenume \_\_\_\_\_ nascut in \_\_\_\_\_

1) Oggi il vaccinando sta bene ? 1) Astazi vaccinatul se simte bine?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no    _____ <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? 2) A avut convulsi sau boli neurologice?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    _____ <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
Se si, il quadro neurologico è stabilizzato? Daca da, tabloul neurologic este stabilizat ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da Hiv ecc.) 3) Are sau a avut tulburari ale sistemului imunitar (ex. de imunodeficienta congenitala, linfoame sau alte boli tumorale, infectie cu HIV ecc.)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    _____ <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: ♦ Cortisonici per via sistemica ♦ Farmaci antineoplastici ♦ Terapia radiante	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    _____
4) In ultimele 3 luni a fost tratat cu: ▪ Substanțe cortizonice sistemiche ▪ Medicatie antineoplastica ▪ Radioterapie	<input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da

5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)? 5) In ultimul an i s-au administrat derivati de sange (transfuzii sau hemoglobine)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? 6) Este alergic la ceva alimente, medicamente sau vaccinuri?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi  Daca da, specificati daca a avut reactii anafilactice la vaccinuri sau la componentele acestora	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?  7) A avut reactii dupa precedentele vaccinuri?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
8) (Per le ragazze). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?  8) (Pentru domnisoare). Ar fi posibil sa fie insarcinate sau ar putea fi in prima luna de sarcina?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da
Notizie fornite dal Sig. Informatii furnizate de Domnul	Firma Semnatura
Note Note	
Firma operatore sanitario Semnatura operatorului sanitar	