

**ANAMNESI PRE-VACCINALE**

接种疫苗前的病历

☐ Esavalente    ☐ MPR    ☐ IPV    ☐ DTP    ☐ DT    ☐ Ep. B    ☐ Meningococco  
☐ Pneumococco    ☐ Ep. A    ☐ Influenzale    ☐ Varicella    ☐ Altro .....

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

Vaccinando:

接种疫苗的人:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

姓名

出生地

出生日

1) Oggi il vaccinando sta bene ? 1) 接受疫苗者今天身体好吗?	si 好	no 不好	_____
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? 2) 有或有过痉挛或神经性疾病吗?	no 没有	si 有或有过	_____
Se sì, il quadro neurologico è stabilizzato? 如果有, 他的神经方面已经稳定了吗?	no 不稳定	si 稳定了	_____
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da Hiv ecc.) 3) 有或有过免疫系统的问题吗? (比如, 先天性免疫力不足, 淋巴瘤或其它的肿瘤, 艾滋病等。)	no 没有	si 有	_____
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: ◆ Cortisonici per via sistemica ◆ Farmaci antineoplastici ◆ Terapia radiante 4) 最近 3 个月有没有用过: • 有规律的服用激素性药物 • 抗肿瘤的藥物 • 放射性治疗	no no no 没有 没有 没有	si si si 有 有 有	_____ _____ _____ _____ _____ _____
5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)? 5) 最近一年内有没有接受过有关血液的物质 (输血或免疫球蛋白)	no 没有	si 有	_____
6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? 6) 有没有对某些食物, 药物或疫苗过敏?	no 没有	si 有	_____
Se sì, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi 如果有, 请指出对疫苗及其成分是否有过敏反应	no 没有	si 有	_____

7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? 7) 以前接种疫苗后有没有反应?	no 没有	si 有	_____
8) (Per le ragazze). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese? 8) (只对女孩子), 有没有可能怀孕或下个月会怀孕?	no 没有	si 有	
Notizie fornite dal Sig. 提供这些信息的人的姓名	Firma 签名		
Note 备注			
Firma operatore sanitario 医疗工作人员签名			