SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE	DSP Area ISP Mod 03 P 003 6106

Io sottoscritto _____ nato il _____

a _____residente a_____via_____

domiciliato a_____ via_____telefono_____

intendo sottopormi □

sottoporre mio figlio □ _____nato il_____a_____

residente a_____ via_____

domiciliato a_____ via_____

alle seguenti vaccinazioni:

_____

□ Dichiaro di essere affetto da

□ Dichiaro che mio figlio/a è affetto da

- o malattie febbrili o infettive in atto sì □ no □
- o malattie neurologiche sì □ no □
  - o se sì, quali_____
- o malattie neurologiche successive a vaccinazioni (neurite brachiale, s.di Guillain Barre)sì □ no □
  - o se sì, quale reazione a quale vaccino_____
- o malattie immunologiche-immunodeficienze, trapianti sì □ no □
  - o se sì, quali_____
- o allergie a farmaci, sostanze chimiche, proteine dell'uovo sì □ no □
  - o se sì, a quali e quale reazione_____
- o precedenti allergie in seguito a somministrazione di vaccino sì □ no □
  - o quali reazioni_____
  - o a quale vaccino_____
- precedenti trombocitopenie da vaccino sì □ no □
  - o se sì, da quale vaccino_____
- specificare terapie in atto (immunosoppressori, cortisone, b-bloccanti, chemioterapici. Tp radiante)

  _____
- gravidanza in atto sì □ no □
- allattamento in atto sì □ no □
- altre patologie rilevanti sì □ no □
  - o se sì,quali_____

NOTE

_____

CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

Dichiaro altresì quanto segue:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute/stato di salute di mio figlio/a
- di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici delle vaccinazioni e quelli che potrebbero derivare dalla mancata vaccinazione
- di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti
- di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio 30 minuti dopo la vaccinazione
- di essere stato informato che nel mese successivo alla vaccinazione antivaricella, nel mese successivo alla vaccinazione morbillo parotite e rosolia e nel mese successivo alla vaccinazione anti febbre gialla 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 alle vaccinazioni sopra riportate
- di essere stato informato che, in caso di effetti collaterali importanti a seguito della/e vaccinazione/i, dovrò segnalare il fatto al mio Medico di famiglia e/o all'ambulatorio vaccinale di riferimento

ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI SOPRA RIPORTATE

*Firma dell'interessato_____data_____luogo_____

*firma dell'interessato o del genitore/tutore presente, il quale dichiara, sotto la propria responsabilità, di esercitare la potestà nei confronti del minore e che anche l'altro genitore è consenziente.

Parte da redigere a cura degli operatori sanitari

Viste le notizie anamnestiche raccolte e considerato lo stato di salute dell'interessato, si procede alla somministrazione dei vaccini:

□	Data e ora della somministrazione	_____
	Sito iniettivo	deltoide dx □ sn □ gluteo dx □ sn □
	Modalità di somministrazione	i.m. □ s.c. □ orale □
	Categoria di rischio	----------
	Prodotto	_____
	Lotto	_____
	Data di scadenza	_____

□ Data e ora della somministrazione _____

Sito iniettivo deltoide dx □ sn □ gluteo dx □ sn □

Modalità di somministrazione i.m. □ s.c. □ orale □

Categoria di rischio ----------

Prodotto _____

Lotto _____

Data di scadenza _____

□ Data e ora della somministrazione _____

Sito iniettivo deltoide dx □ sn □ gluteo dx □ sn □

Modalità di somministrazione i.m. □ s.c. □ orale □

Categoria di rischio ----------

Prodotto _____

Lotto _____

Data di scadenza _____

□ Data e ora della somministrazione _____

Sito iniettivo deltoide dx □ sn □ gluteo dx □ sn □

Modalità di somministrazione i.m. □ s.c. □ orale □

Categoria di rischio ----------

Prodotto _____

Lotto _____

Data di scadenza _____

Firma dell'Assistente sanitario / Infermiere _____

Firma del Medico vaccinatore _____