Allegato 3

ATS della Città Metropolitana di Milano SC di Igiene e Sanità Pubblica Via Statuto 5- Tel. 02-85789733 e-mail: sispmi@ats-milano.it	Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ATS Milano Città Metropolitana	**Mod 01/ IOSp Percorso Vaccinale** Pagina 1 di 1
	Modulo di registrazione **SCHEDA ANAMNESI PRE-VACCINALE**	Rev 03 Data diff. 15.01.2016

VACCINO ANTIMENINGOCCO ACWY

Data ___/___/___ Centro Vaccinale ASST Santi Paolo e Carlo. Ospedale San Carlo.

Cognome e Nome _____ nato a _____ il ___/___/_____

1) Oggi il vaccinando sta bene ?	☐ sì ☐ no
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche?	☐ no ☐ sì
Se si, il quadro neurologico è stabilizzato?	☐ no ☐ sì
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da HIV ecc.)	☐ no ☐ sì
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: ☐ Cortisonici per via sistemica ☐ Farmaci antineoplastici ☐ Terapia radiante	 ☐ no ☐ sì ☐ no ☐ sì ☐ no ☐ sì
5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)?	☐ no ☐ sì
6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	☐ no ☐ sì
Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi	☐ no ☐ sì
7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?	☐ no ☐ si
8) (Per le ragazze/donne). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?	☐ no ☐ sì

Firma di un Genitore _____

Valutazione sanitaria conclusiva

Firma e timbro del medico/operatore sanitario

_____