SCHEDA DI VACCINAZIONE
U.F. S.P.I.A.N.

Cognome …….. Nome …….

M ☐ F ☐ Data di Nascita …… Luogo ……

Indirizzo ……

N. Telefonici …….. Pref. alle ore …….

Professione ……. Medico Curante ……

Motivo della vaccinazione	☐ prevenzione personale ☐ Rischio lavorativo ☐ Viaggio in zone endemiche ☐ Categoria a rischio specifico

ANAMNESI PREVACCINALE

DATA			
Malattie acute in atto			
Terapie farmacologiche in corso			
Allergia antibiotici, alluminio, composti mercuriali etc.			
Assunzione con continuità di cortisonici			
Reazioni dopo vaccinazioni precedenti (specificare)			
- reazioni locali			
- reazioni generali lievi			
- reazioni generali gravi			
Gravidanza			
Altro			
Conclusione: controindicazione alla vaccinazione: ☐ nessuna ☐ temporanea ☐ permanente			