



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## FICHE ANAMNESTIQUE PRÉ-VACCINALE

Date de la vaccination \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) (nom et prénom) \_\_\_\_\_

né(e) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

ai l'intention de me soumettre/soumettre mon enfant (nom et prénom)/ soumettre la personne dont j'ai la charge (nom et prénom).

né(e) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

aux **vaccinations suivantes ou cycle de vaccination suivant** :

☐ Je déclare que je

☐ Je déclare que mon enfant

☐ Je déclare que la personne dont j'ai la charge

1. souffre d'une maladie fébrile ou infectieuse en cours

Oui

Non

2. souffre d'une maladie neurologique (par exemple antécédents de convulsions, d'épilepsie ou de troubles neurologiques) si oui, laquelle :

Oui

Non

3. ai/a déjà eu des maladies neurologiques suite à une vaccination (Guillan-Barré s., névrite brachiale) si oui, quelle réaction et à quel vaccin :

Oui

Non

4. souffre d'une maladie du système immunitaire (immunodéficience, greffes), si oui, laquelle :

Oui

Non

5. ai/a reçu des transfusions et/ou a été traité(e) par immunoglobulines humaines polyvalentes au cours des 11 derniers mois

Oui

Non

6. suis/est allergique aux médicaments, aux produits chimiques, aux protéines d'œuf, aux gélatines animales  
Si oui, auxquels et quelles sont les réactions :

Oui

Non

7. ai/a déjà eu des réactions allergiques suite à l'administration de vaccins  
si oui, à quel vaccin  
quelle réaction

Oui

Non

8. ai/a eu des thrombocytopénie (déficit de plaquettes) suite à des vaccinations  
si oui, spécifier quelle vaccination

Oui

Non

9. prend ou a pris des traitements immunosuppresseurs au cours de l'année écoulée : par exemple, des corticostéroïdes, une chimiothérapie, une radiothérapie, des médicaments biologiques  
Si oui, spécifier lesquels et quand :

Oui

Non

10. suis/est enceinte (pour les femmes en âge de procréer)  
si oui, spécifier la semaines d'aménorrhée :

Oui

Non

11. souffre d'autres maladies importantes  
si oui, lesquelles ?

Oui

Non

12. ai/a été vacciné(e) au cours du mois dernier, si oui quelle vaccination :

Oui

Non

Je déclare que les informations déclarées relatives à mon état de santé/à l'état de santé de mon enfant/à l'état de santé de la personne dont j'ai la charge, sont correctes.

Signature lisible de la personne concernée/exerçant l'autorité parentale/tuteur.