

SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Data della vaccinazione _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il _____

intendo sottoporre mio/a figlio/a (cognome e nome)/ sottoporre la persona posta sotto mia tutela (cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

alle **seguenti vaccinazioni o ciclo vaccinale:**

☐ Dichiaro

☐ Dichiaro che il proprio figlio/a

☐ Dichiaro che la persona posta sotto mia tutela

1. di essere affetto da malattie febbrili o infettive in atto

Si

No

2. di essere affetto da malattie neurologiche (es. storia di convulsioni, epilessia o disturbi neurologici) se sì, quali:

Si

No

3. di aver avuto in passato precedenti malattie neurologiche successive a vaccinazioni (s. di Guillan-Barrè, neurite brachiale) se sì, quale reazione e a quale vaccino:

Si

No

4. di essere affetto da malattie del sistema immunitario (immunodeficienze, trapianti), se sì quali:

Si

No

5. di aver ricevuto trasfusioni e/o somministrazione di immunoglobuline negli ultimi 11 mesi

Si

No

6. di essere allergico a farmaci, sostanze chimiche, proteine dell'uovo, gelatine animali se sì, a quali e quale reazione:

Si

No

7. di aver avuto precedenti reazioni allergiche in seguito a somministrazione di vaccini se sì, a quale vaccino quale reazione

Si

No

8. di aver avuto in passato trombocitopenie (calo delle piastrine) successive a vaccinazioni se sì, specificare quale vaccino

Si

No

9. di assumere o di aver assunto nell'ultimo anno terapie con immunosoppressori: es. cortisonici, chemioterapici, radioterapici, farmaci biologici se sì specificare quali e quando:

Si

No

10. di essere in gravidanza (per le donne in età fertile) se sì specificare la settimana gestazionale:

Si

No

11. di essere affetto da altre patologie rilevanti se sì quali:

Si

No

12. di aver ricevuto vaccinazioni nell'ultimo mese, se sì quali:

Si

No

Dichiaro di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute di mio figlio/a/ sullo stato di salute della persona posta sotto mia tutela.

Firma leggibile dell'interessato/esercente potestà parentale/tutore