



Scheda anamnestica

Nome e Cognome del vaccinando: _____

Codice fiscale: _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

01 Attualmente è malato? Sì No

02 Ha febbre? Sì No

03 Soffre o ha mai sofferto di allergie? Sì No

Specificare:

04 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? Sì No

05 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asme, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? Sì No

Specificare:

06 Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto? Sì No

07 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazione? Sì No

Specificare:

08 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? Sì No

09 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? Sì No

10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Sì No

Specificare:

11.1 Per le donne: è in stato di gravidanza? Sì No

11.2 Per le donne: sta pianificando una gravidanza nel prossimo mese? Sì No

12 Per le donne: sta allattando? Sì No

13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti? Sì No

Data: ____ / ____ / _____

Firma dell'utente/legale rappresentante: _____

Firma dell'operatore sanitario: _____