

ANAMNESI PREVACCINALE

එන්නතට පෙර එය ලබන්නාගේ සෞඛ්‍යය ඉතිහාසය

<input type="checkbox"/> Esavalente	<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Ep. B	<input type="checkbox"/> Meningococco
<input type="checkbox"/> Pneumococco	<input type="checkbox"/> Ep. A	<input type="checkbox"/> Influenzale	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Altro _____		

Unità Operativa di _____

වෛද්‍ය ඒකකය

Ambulatorio di _____

වෛද්‍ය සායනය

Data ____/____/____

දිනය

Vaccinando එන්නත ලබන්නා

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

වාසගම හා නම

උපන් ස්ථානය

දිනය

1) Oggi il vaccinando sta bene ? අද එන්නත ලබන්නා සුවෙන් පසු වන්නේද?	<input type="checkbox"/> si ඔව්	<input type="checkbox"/> no නැත
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? සිරුර දැඩිලෙස ගැහෙන හෝ ස්නායු පිළිබඳ ආබාධ තිබේද? නැතිනම් කළින් තිබුණේද?	<input type="checkbox"/> no නැත	<input type="checkbox"/> si ඔව්
Se si, il quadro neurologico è stabilizzato? පිළිතුර ඔව් නම්, එය කිනම් ආකාරයේ එකක් දැයි නිගමනය කර තිබේද?	<input type="checkbox"/> no නැත	<input type="checkbox"/> si ඔව්
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da HIV ecc.) ප්‍රතිශක්තිකරණ ක්‍රියාවලියේ අපහසුතා තිබේද? නැතහොත් කළින් පැවතියේද? (උදා: පරම්පරාගත ප්‍රතිශක්තිකරණ හිඟවීමක්, රුධිර පිළිකා හෝ වෙනත් පිළිකා රෝග ලක්ෂණ, HIV වැනි වෛරස් ආසාදන යනාදිය)	<input type="checkbox"/> no නැත	<input type="checkbox"/> si ඔව්
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: පසුගිය මාස 3 තුළ පහත ප්‍රතිකාර ලැබුවේ නම්: <input type="checkbox"/> Cortisonici per via sistemica කොර්ටිසෝන් සහිත ඖෂධ ශරීරගත කිරීම් <input type="checkbox"/> Farmaci antineoplastici පිළිකා සෛල වර්ධනය වැළැක්වීමට ඖෂධ ගැනීම් <input type="checkbox"/> Terapia radiante විකරණ ප්‍රතිකාර	<input type="checkbox"/> no නැත	<input type="checkbox"/> si ඔව්
5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)? පසුගිය වසර තුළ රුධිරයට අදාළ ප්‍රතිකාර ලැබුවේද? (රුධිරය හෝ රුධිර දියර ප්‍රතිපීචක ශරීරගත කිරීම්)	<input type="checkbox"/> no නැත	<input type="checkbox"/> si ඔව්

6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? කිසියම් ආහාර වර්ගයකට, ඖෂධ හෝ එන්නතකට ඇලර්ජික් තත්වයක් ඇති වී තිබේද?	<input type="checkbox"/> no නැත <input type="checkbox"/> si ඔව්
Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi පිළිතුර ඔව් නම්, එම අසාත්මිකතාවය ඇති වූයේ එන්නත හේතුවෙන් හෝ එහි අඩංගු යම් සංඝටකයක් හේතුවෙන්ද?	<input type="checkbox"/> no නැත <input type="checkbox"/> si ඔව්
7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? මින් පෙර සිදු කළ එන්නත් වලින් අනතුරුව කිසියම් ප්‍රතික්‍රියා ඇති වුවාද?	<input type="checkbox"/> no නැත <input type="checkbox"/> si ඔව්
8) (Per le ragazze/donne). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese? (තරුණියන්/කාන්තාවන් හට) ඔබ ගැබ්ග්‍රහණයක්ද නැතහොත් ලබන මස තුළ ගැබ් ගැනීමට ඉඩ තිබේද?	<input type="checkbox"/> no නැත <input type="checkbox"/> si ඔව්
Notizie fornite dal Sig. _____ මෙම විස්තර සැපයූයේ මයා/මිය විසිනි <div style="text-align: right;">Firma _____ අත්සන</div>	
Note අමතර සටහන්	
Firma e timbro del medico/operatore sanitario වෛද්‍යවරයාගේ/සෞඛ්‍ය නිලධාරීගේ අත්සන හා මුද්‍රාව	