

ANAMNESI PRE-VACCINALE

معلومات قبل التحصين

☐ Esavalente ☐ MPR ☐ IPV ☐ DTP ☐ DT ☐ Ep. B ☐ Meningococco
☐ Pneumococco ☐ Ep. A ☐ Influenzale ☐ Varicella ☐ Altro

Data _____ Unità Operativa di _____ Ambulatorio di _____

Cognome e Nome _____ nato a _____ il _____

لقب العائلة والاسم _____ ولد في _____ تاريخ الميلاد _____

1) Oggi il vaccinando sta bene ? هل صحة الطفل جيدة اليوم؟	si نعم	no لا	_____
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? هل حدث له أو لها تشنجات أو أمراض عصبية؟	no لا	si نعم	_____
Se si, il quadro neurologico è stabilizzato? في حالة الإجابة بنعم، هل الحالة العصبية إستقرت؟	no لا	si نعم	_____
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da Hiv ecc.) هل تعرض أو تعرضت لأي مرض في جهاز المناعة (على سبيل المثال: عدم كفاءة جهاز المناعة منذ الولادة، لينفوما أو أي أمراض سرطانية أخرى، مرض الأيدز الخ...)	no لا	si نعم	_____
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: ♦ Cortisonici per via sistemica ♦ Farmaci antineoplastici ♦ Terapia radiante هل تم علاجه في الثلاثة أشهر الأخيرة: بأدوية تحتوي على كورتيزون أدوية ضد أمراض السرطان علاج بالإشعاع الذري	no no no لا	si si si نعم	_____
5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)? هل في العام الأخير نقل له أحد مشتقات الدم	no لا	si نعم	_____

(نقل دم أو مناعة هيموجلوبينية)؟	
6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? هل يعاني من الحساسية من بعض الأطعمة أو الأدوية أو من أي مصل	no si _____ لا نعم _____
Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi في حالة الإجابة بنعم, الرجا إيضاح إذا كان المصل أو أحد مكوناته قد تسبب له في تنشيط جهاز المناعة بشدة في مواجهة المصل عرضته للخطر	no si _____ لا نعم _____
7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? هل ظهرت عليه أعراض مقاومة المصل قبل ذلك بعد تحصينه؟	no si _____ لا نعم _____
8) (Per le ragazze). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese? (خاص بالإناث). هل هي حامل أو يحتمل أن تحمل في الشهر القادم؟	no si _____ لا نعم _____
Notizie fornite dal Sig. وفر لنا هذه المعلومات السيد/ة	Firma التوقيع
Note ملحوظات	
Firma e timbro del medico/ operatore sanitario توقيع و ختم الطبيب/ أو موظف الصحة	