

**ANAMNESI PRE-VACCINALE**  
ANAMNÈSE AVANT LA VACCINATION

|\_\_| Esavalente    |\_\_| MPR    |\_\_| IPV    |\_\_| DTP    |\_\_| DT    |\_\_| Ep. B    |\_\_| Meningococco

|\_\_| Pneumococco    |\_\_| Ep. A    |\_\_| Influenzale    |\_\_| Varicella    |\_\_| Altro .....

Unità Operativa di \_\_\_\_\_ Ambulatorio di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Vaccinando: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

L'enfant à vacciner: Nom et prénom \_\_\_\_\_ né à \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

1) Oggi il vaccinando sta bene ? 1) L'enfant aujourd'hui est en bonne santé?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no    _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? 2) A-t-il ou a-t-il déjà eu des convulsions ou des maladies neurologiques?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì    _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Se sì, il quadro neurologico è stabilizzato? Si oui, le tableau neurologique s'est-il stabilisé?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da Hiv ecc.) 3) A-t-il ou a-t-il eu des troubles du système immunitaire ( ex: troubles dus à immunodéficiences congénitales; lymphomes ou autres pathologies tumorales, infections par VIH etc)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì    _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: ♦ Cortisonici per via sistemica ♦ Farmaci antineoplastici ♦ Terapia radiante 4) Pendant les trois derniers mois, a-t-on administré à l'enfant?: ❖ De la cortisone à usage systémique ❖ Des médicaments antinéoplasiques ❖ Une radiothérapie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì    _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì    _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì    _____  <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

<p>5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)?</p> <p>5) Pendant l'année en cours a-t-il reçu des dérivés du sang ( transfusions ou immunoglobines)?</p>	<p><input type="checkbox"/> no      <input type="checkbox"/> si _____</p> <p><input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?</p> <p>6) L'enfant est-il allergique à des aliments, des médicaments ou un vaccin?</p>	<p><input type="checkbox"/> no      <input type="checkbox"/> si _____</p> <p><input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi</p> <p>Si oui, préciser s'il a eu des réactions anaphylactiques à des vaccins ou à des éléments de ces derniers</p>	<p><input type="checkbox"/> no      <input type="checkbox"/> si _____</p> <p><input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?</p> <p>7) L'enfant a-t-il eu des réactions particulières après les précédentes vaccinations?</p>	<p><input type="checkbox"/> no      <input type="checkbox"/> si _____</p> <p><input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>8) (Per le ragazze). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?</p> <p>8) (pour les filles) existe-t-il la possibilité qu'elle soit enceinte ou puisse l'être le mois prochain?</p>	<p><input type="checkbox"/> no      <input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui</p>
<div> <div>Notizie fornite dal Sig.</div> <div>Firma</div> </div> <div> <div>Renseignements fournis par M.</div> <div>Signature</div> </div>	
<p>Note:</p> <p>Notes</p>	
<p>Firma operatore sanitario</p> <p>Signature de l'opérateur sanitaire</p>	