

ANAMNESI PRE-VACCINALE
HISTORIAL PRE -VACUNAS

|__| 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 ____/____/____

Vacunando: Apellido y Nombre _____ nacido a _____ el _____

1) Oggi il vaccinando sta bene ? 1) ¿Hoy el vacunando está bien?	<input type="checkbox"/> si si	<input type="checkbox"/> no no	_____
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? 2) ¿Tiene o ha tenido convulsiones o enfermedades neurológicas?	<input type="checkbox"/> no no	<input type="checkbox"/> si si	_____
Se sì, il quadro neurologico è stabilizzato? Si es si, ¿el cuadro neurológico se ha estabilizado?	<input type="checkbox"/> no no	<input type="checkbox"/> si si	
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da Hiv ecc.) 3) Tiene o ha tenido molestias del sistema inmunitario (ej. de inmunodeficiencias congénitas, linfomas u otras patologías tumorales, infección de VIH etcétera)	<input type="checkbox"/> no no	<input type="checkbox"/> si si	_____
4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con: ◆ Cortisonici per via sistemica ◆ Farmaci antineoplastici ◆ Terapia radiante	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si	_____ _____ _____
4) En los últimos 3 meses ha sido tratado con: - Cortisonicos por vía sistémica - Fármacos antineoplásticos - Terapia radiante	no no no	si si si	

5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)? 5) ¿En el último año ha recibido derivados de la sangre (transfusiones o inmunoglobulinas)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ no si
6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? 6) ¿Es alérgico a algún alimento, fármaco o vacuna?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ no si
Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi Si es si, precisar si ha tenido reacciones anafilacticas a vacunas o a componentes de los mismos	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ no si
7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? 7) ¿Ha tenido reacciones después de anteriores vacunaciones?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si _____ no si
8) (Per le ragazze). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese? 8) (Para las chicas). ¿Es posible que estea embarazada o pueda estarlo en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si no si
Notizie fornite dal Sig. Noticias provistas por el Sr	Firma Firma
Note Notas	
Firma e timbro del medico/operatore sanitario Firma y timbre del médico/ operador sanitario	