

ANAMNESI PRE-VACCINALE  
PRE-VACCINATION CASE HISTORY

☐ 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 \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Subject: Surname and Name

born in

on the

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1) Oggi il vaccinando sta bene ?<br>1) Is the subject well today?   | <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> yes   | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no   |  |
| 2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche?<br>2) Does he/she have or has he/she suffered from convulsions or neurological illnesses?   | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no  | <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> yes  |  |
| Se sì, il quadro neurologico è stabilizzato?<br>If yes, has the neurological situation been stabilised?   | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no  | <input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> yes  |  |
| 3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da Hiv ecc.)<br>3) Does he/she have or has he/she had immune system problems (E.g. congenital immune deficiency, lymphomas or other tumoral pathologies, HIV infection, etc.) | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no  | <input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> yes  |  |
| 4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con:<br>◆ Cortisonici per via sistemica<br>◆ Farmaci antineoplastici<br>◆ Terapia radiante<br>4) In the last 3 months has he/she been treated with:<br>◆ Cortisone-based products administered internally<br>◆ Antineoplastic medicine<br>◆ Radiant therapy               | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> yes<br><input type="checkbox"/> yes<br><input type="checkbox"/> yes |  |

|  |  |
|--|--|
| 5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue<br>(trasfusioni o immunoglobuline)?<br>5) <i>In the last year has he /she received any blood derivatives</i><br><i>(Transfusions or immunoglobulin)?</i> | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes      _____ |
| 6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?<br>6) <i>Is he/she allergic to any food, medicine or vaccine?</i>   | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes      _____ |
| Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi<br><i>If yes, specify if there have been anaphylactic reactions to vaccines or any component thereof?</i>        | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes      _____ |
| 7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?<br>7) <i>Have there been reactions after previous vaccinations?</i>   | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes      _____ |
| 8) (Per le ragazze). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?<br>8) <i>(Females only). Is the subject pregnant now, or is this a possibility in the next month?</i>           | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si<br><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes      _____ |
| Notizie fornite dal Sig.<br><i>Information supplied by Mr/Mrs.</i>   | Firma<br><i>Signature</i>  |
| Note<br><i>Notes</i>   |  |
| Firma operatore sanitario<br><i>Health worker's signature</i>  |  |