

SCHEDA ANAMNESTICA VACCINI (PEDIATRICA)

San Marino, lì ____ / ____ / ____

Cognome e Nome del vaccinando _____

Cod. I.S.S. _____ Peso Kg. _____

1. Sta bene oggi?	NO ☐	SI ☐
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	NO ☐	SI ☐
Se si specificare se:		
Malattia neurologica		SI ☐
Malattia con immunodeficienza		SI ☐
3. Ha mai avuto convulsioni?	NO ☐	SI ☐
Se si specificare se:		
Con febbre		SI ☐
Senza febbre		SI ☐
4. Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?	NO ☐	SI ☐
Se si specificare se:		
Cortisonici ad alte dosi	NO ☐	SI ☐
Antineoplastici	NO ☐	SI ☐
5. Negli ultimi tre mesi è stato/a sottoposto/a a terapia radiante? (non si intendono lastre o risonanze magnetiche)	NO ☐	SI ☐
6 Negli ultimi sei mesi ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	NO ☐	SI ☐
7. E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	NO ☐	SI ☐
se si, si tratta di un vaccino o di un suo componente?		SI ☐
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO ☐	SI ☐
Se si, si è trattato di reazioni importanti?	NO ☐	SI ☐
Se si, specificare _____		
<i>(informare il Medico per la segnalazione di reazione avversa a vaccino - art. 9 Legge 23 maggio 1995 n. 69)</i>		
9. Solo per chi esegue il vaccino antivaricella		
Vive a contatto con persone in gravidanza, persone affette da malattia del sistema immunitario, o che assume farmaci immunosoppressori, persone che hanno subito un trapianto?	NO ☐	SI ☐

Il/la/i sottoscritto/a/i DICHIARA/DICHIARANO: ☐ in nome del Minore

- ☐ Che sono stati eseguiti i regolari controlli per il bilancio di crescita del bambino previsti dal proprio medico curante presso il Servizio di Pediatria e che non sono emerse controindicazioni alle vaccinazioni.
- ☐ Che sono stato adeguatamente informato dei benefici derivanti dal vaccino nonché degli eventuali effetti collaterali e delle controindicazioni del vaccino medesimo.

Vaccinazione/i proposta/e: _____

Firma dell'Operatore Sanitario

Firma del Genitore/i/Tutore Legale