



## Scheda anamnestica

Nome e Cognome del vaccinando: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

<b>01</b> Attualmente è malato?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>02</b> Ha febbre?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>03</b> Soffre o ha mai sofferto di allergie? <b>Specificare:</b>	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>04</b> Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>05</b> Soffre di malattie cardiache o polmonari, asme, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? <b>Specificare:</b>	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>06</b> Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>07</b> Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazione? <b>Specificare:</b>	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>08</b> Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>09</b> Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>10</b> Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? <b>Specificare:</b>	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>11.1</b> Per le donne: è in stato di gravidanza?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>11.2</b> Per le donne: sta pianificando una gravidanza nel prossimo mese?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>12</b> Per le donne: sta allattando?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<b>13</b> Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Data: \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario: \_\_\_\_\_

Firma dell'utente/legale rappresentante: \_\_\_\_\_