

SCHEDA ANAMNESTICA PRE VACCINALE

Vaccinazione/i: _____

Il sottoscritt* _____ nat* il _____
 (cognome e nome del genitore)

Il sottoscritt* _____ nat* il _____
 (cognome e nome del genitore)

Genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di _____
 (cognome e nome del figlio/a)

nato/a a _____ il _____

Dichiarano che il/la figlio/a (**Per il/la bambino/a di età superiore a sei mesi compilare a partire dalla domanda 4**):

1. E' nato prematuro e/o di basso peso	Si	No
2. Ha avuto una invaginazione intestinale o è affetto da una malformazione congenita non corretta del tratto gastrointestinale che potrebbe predisporre all'invaginazione intestinale	Si	No
3. Ha familiari (fratelli, genitori o nonni) con immunodeficienza congenita	Si	No
4. E' nato da madre che ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento	Si	No
5. Ha malattie in atto Se sì , specificare _____	Si	No
6. Ha malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV) o vive con persone con queste malattie Se sì , specificare _____	Si	No
7. Ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali nell'ultimo anno Se sì , specificare _____	Si	No
8. Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci con continuità (in particolare immunosoppressori) o è stato sottoposto a radioterapia o dialisi Se sì , specificare _____	Si	No
9. Ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi Se sì , specificare _____	Si	No
10. Ha avuto (o hanno avuto i genitori o i fratelli) convulsioni febbrili, epilessia o disturbi neurologici Se sì , specificare _____	Si	No
11. Ha manifestato allergia a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze Se sì , specificare _____	Si	No
12. Ha avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino Se sì , specificare _____	Si	No
13. E' stato sottoposto ad interventi chirurgici Se sì , specificare _____	Si	No
14. Ha una gravidanza in atto (solo per le femmine in età fertile)	Si	No

NOTE _____

FIRMA dei GENITORI: Genitore _____ Genitore _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (*allegare copia doc. id.*) _____

Condizioni sanitarie idonee alla vaccinazione: Sì No

Data _____ **FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S. / Inf.** _____

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE RISPETTO ALL'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE

Io sottoscritt* _____ nat* il _____

Io sottoscritt* _____ nat* il _____

genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di _____

nato/a a _____ il _____

DICHIARIAMO

- di aver ricevuto tutte le informazioni relative al trattamento proposto, ai possibili rischi e complicità (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie), alle possibili conseguenze causate da rifiuto e dalla mancata esecuzione della/e vaccinazione/i proposta/e, di aver ben compreso le informazioni che sono state fornite e di aver ricevuto risposta alla richiesta di chiarimenti
- di essere stati informati della necessità di trattarsi nel Servizio per 15 minuti dopo la vaccinazione e di sorvegliare il proprio figlio durante l'esecuzione della vaccinazione e nel periodo post vaccinale
- di essere stati informati che in data odierna viene/vengono somministrato/i il/i seguente/i **VACCINO/I OBBLIGATORIO/I** ai sensi della L. 31 luglio 2017, n° 119 in tema di obblighi vaccinali di cui ho ricevuto le note informative

<input type="radio"/> Anti Poliomielite	<input type="radio"/> Anti Epatite B
<input type="radio"/> Anti Tetano	<input type="radio"/> Anti Haemophilus Influentiae B
<input type="radio"/> Anti Difterite	<input type="radio"/> Anti Morbillo-Parotite-Rosolia
<input type="radio"/> Anti Pertosse	<input type="radio"/> Anti Varicella <i>per i nati dal 2017</i>

Di esprimere il CONSENSO/DISSENSO ALLA ESECUZIONE DELLA/E SEGUENTE/I VACCINAZIONE/I RACCOMANDATA/E, di cui abbiamo ricevuto le note informative:

Anti Rotavirus	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Pneumococco coniugato	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Meningococco B	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Meningococco ACWY	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Papillomavirus 9 valente	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Epatite A	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Influenza	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso
Anti Varicella <i>per i nati prima del 2017</i>	<input type="radio"/> Consenso	<input type="radio"/> Dissenso

FIRMA di entrambi i genitori da apporre in presenza in ambulatorio vaccinale* o da consegnare al delegato in caso di impossibilità ad essere presenti.

Genitore _____ Genitore _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (*allegare copia doc. id.*) _____

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S./ Inf. _____

*in assenza di uno dei due genitori, il genitore presente in ambulatorio vaccinale compilerà il modulo di autocertificazione