



АНКЕТА АНАМНЕЗИ ПЕРЕД ЩЕПЛЕННЯМ

Щеплення: \_\_\_\_\_

Я, що нижче підпис\* \_\_\_\_\_ дата народження \_\_\_\_\_  
(прізвище та ім'я одного із батьків)

Я, що нижче підпис \* \_\_\_\_\_ дата народження \_\_\_\_\_  
(прізвище та ім'я одного із батьків)

Батьки/особа, яка заміняє батьків /опікун/законний представник \_\_\_\_\_  
(прізвище та ім'я сина/доньки)

Який/яка народився/лася в \_\_\_\_\_ датою \_\_\_\_\_

Заявляю, що син/донька (Для дитини віком більше шести місяців заповнювати починаючи з 4 пункту):

1. Народився/лася передчасно та /або з малою вагою	Si Так	No Ні
2. Мав/ Мала інвагінацію кишківника або страждає від невідкоригованої вродженої вади шлунково-кишкового тракту, яка може давати схильність до інвагінації кишківника	Si Так	No Ні
3. Має родичів (братів/сестер, батьків або їхніх батьків) з вродженим імунодефіцитом	Si Так	No Ні
4. Народився/лася у матері, яка під час вагітності або грудного вигодовування отримала імуносупресивну терапію	Si Так	No Ні
5. Має захворювання на даний час Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
6. Має захворювання, які понижують імунитет (напр. лейкемія, пухлини, СПІД) або живе з особами, які мають ці захворювання Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
7. Отримав/ла на протязі останнього року переливання крові, лікарські засоби, протівірусні або виготовлені з крові донора Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
8. На протязі останніх 6 місяців постійно приймав/ла лікарські засоби (зокрема, імуносупресивні) або отримав/ла радіотерапію або діаліз Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
9. Мав/ла рецидивуючі, стійкі або важкі інфекції інфекції Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
10. Мав/ла (або мали батьки чи брати або сестри) фебрильні судоми, епілепсію або неврологічні розлади Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
11. Проявив/ла алергію на лікарські засоби, харчові продукти, латекс або інші речовини Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
12. Отримав/ла щеплення протягом останніх 4 тижнів? Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
13. Мав/ла тяжкі наслідки після якогось із попередніх щеплень Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
14. Мав/ла хірургічні втручання Якщо так, то вказати _____	Si Так	No Ні
15. Вагітна на даний час (тільки для жінок в фертильному віці)	Si Так	No Ні

ПРИМІТКИ \_\_\_\_\_

ПІДПИС БАТЬКІВ: Батько \_\_\_\_\_, Матір \_\_\_\_\_

ПІДПИС виконуючого батьківські права/опікуна/законного представника (приложити копію документу, посвідчуючого особу) \_\_\_\_\_

Санітарні умови підходячі для щеплення:  Так  Ні

Дата \_\_\_\_\_ ПІДПИС і штамп лікаря або асистента/медс. \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА ПРО ОТРИМАНУ ІНФОРМАЦІЮ ВІДНОСНО ПРОВЕДЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВИХ І РЕКОМЕНДОВАНИХ ЩЕПЛЕНЬ**

Я, що нижче підпис\* \_\_\_\_\_ дата народження \_\_\_\_\_

Я, що нижче підпис\* \_\_\_\_\_ дата народження \_\_\_\_\_

Батьки/особа, яка заміняє батьків/опікун/законний представник \_\_\_\_\_

Який/яка народився/лася в \_\_\_\_\_ датою \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЯЄМО**

- що ми отримали всю необхідну інформацію відносно запропонованому лікуванню, можливого ризику і ускладненням (також у відношенні випадкового поєднання з іншими патологіями), можливим наслідкам по причині відказу від проведення запропонованого/них щеплення/щеплень, і що ми добре зрозуміли всю дану інформацію та отримали відповідь на всі запитання
- що нас проінформували про необхідність затриматися в Службі на 15 хвилин після проведення щеплення і контролювати свою дитину під час проведення щеплення і опісля.
- Що ми були проінформовані, що сьогоднішньою датою буде/будуть введено/і слідує/і **ОБОВ'ЯЗКОВА/І ВАКЦИНА/І** відповідно З. 31 липня 2017, н° 119 про обов'язкові щеплення, про які я отримав/ла інформацію.

<input type="checkbox"/> <i>Anti Poliomielite</i> Проти Поліомієліту	<input type="checkbox"/> <i>Anti Epatite B</i> Проти Гепатиту В
<input type="checkbox"/> <i>Anti Tetano</i> Проти стовбняка	<input type="checkbox"/> <i>Anti Haemophilus Influentiae B</i> Проти гемофільної інфекції типу В
<input type="checkbox"/> <i>Anti Difterite</i> Проти дифтерії	<input type="checkbox"/> <i>Anti Morbillo-Parotite-Rosolia</i> Проти Кору-Паротиту-Краснухи
<input type="checkbox"/> <i>Anti Pertosse</i> Проти Кашлюку	<input type="checkbox"/> <i>Anti Varicella</i> Проти вітряної віспи <i>per i nati dal 2017</i> народженим з 2017

Що виражаємо ЗГОДУ/ВІДКАЗ НА ПРОВЕДЕННЯ СЛІДУЮЧОГО/ИХ РЕКОМЕНДОВАНОГО/ИХ ЩЕПЛЕННЯ/НЬ, про які ми отримали інформацію:

<i>Anti Rotavirus</i> Проти Ротавірусу	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Pneumococco coniugato</i> Проти Пневмокрку кон'югат	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Meningococco B</i> Проти Менінгококу В	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Meningococco ACWY</i> Проти Менінгококу ACWY	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Papillomavirus 9 valente</i> Проти Папіломавірусу 9 валентний	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Epatite A</i> Проти Гепатиту А	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Influenza</i> Проти Грипу	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ
<i>Anti Varicella</i> Проти вітряної віспи <i>per i nati prima del 2017</i> народженим до 2017	<input type="checkbox"/> <i>Consenso</i> Згода	<input type="checkbox"/> <i>Dissenso</i> Відказ

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

**ПІДПИСИ батьків, зроблених в амбулаторії для щеплень\* або переданих довіреною особою, якщо не мають можливості бути присутніми**

Genitore \_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_  
Батько \_\_\_\_\_ Матір \_\_\_\_\_

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

ПІДПИС особи, яка заміняє батьків/опікуна/законного представника (*приложити копію документу, посвідчуючого особу*) \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_ ПІДПИС і штамп лікаря або асистента/медс. \_\_\_\_\_

\*in assenza di uno dei due genitori, il genitore presente in ambulatorio vaccinale compilerà il modulo di autocertificazione  
\*при відсутності одного із батьків, другий, присутній в амбулаторії для щеплень, повинен заповнити бланк для самосертифікації.