

Cognome e Nome del vaccinato

data di nascita ____/____/____

SCHEMA ANAMNOSTICA PRE-VACCINALE

Il Sottoscritto : _____

nato/a a _____ il ____/____/____

genitore del minore _____ nato il ____/____/____ a _____

Residente a _____ via _____

Domiciliato a _____ via _____ - _____

*Tel. _____ *EMAIL _____

 Dichiaro che : Dichiaro che mio/a figlio/a:

malattie febbrili o infettive in atto o negli ultimi 7 giorni?	SI	NO
Sta assumendo terapie (immunosoppressori, cortisone, antiblastici, terapia radiante)? Se sì, quali?	SI	NO
È affetto da malattie neurologiche (es. epilessia)? Se sì, quali?	SI	NO
È affetto da malattie immunologiche o immunodeficienze (artrite reumatoide, tiroiditi, connettiviti, HIV)?	SI	NO
È stato sottoposto a trapianti?	SI	NO
Ha effettuato trasfusioni negli ultimi 11 mesi?	SI	NO
Presenta allergie a farmaci, sostanze chimiche, lattice? Se sì, a quali e con quali reazioni?	SI	NO
Ha presentato allergie in seguito a precedenti somministrazioni di vaccini? Se sì, a quale vaccino? _____ Quali reazioni?	SI	NO
Ha una gravidanza in atto? Se sì, a quale settimana di gestazione?	SI	NO
Ha avuto la varicella?	SI	NO
È affetto da altre patologie rilevanti? Se sì, quali?	SI	NO
altro		

• Dichiaro di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute di mio/a figlio/a; di aver preso visione della scheda anamnestica e di essere stato informato rispetto a rischi/benefici della/delle vaccinazione/i e a quelli che potrebbero derivare dalla/e mancata/e vaccinazione/ e della necessità di trattenermi in sala d'attesa per 30' dopo la vaccinazione;

• **(solo per le donne in età fertile)** Di essere stato informata che nei 3 mesi successivi alla vaccinazione anti Varicella e anti Febbre Gialla e nel mese successivo alla vaccinazione anti Morbillo-Parotite-Rosolia, è opportuno evitare una gravidanza;

• Di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con il foglio informativo alla vaccinazione fornito e/o con allegato all'invito vaccinale) in ordine ai rischi connessi alla/e vaccinazione/i sotto riportate

• **(solo in caso minori di anni ≥ 12)** Che il minore è stato coinvolto e sentito all'atto vaccinale a cui verrà sottoposto

• Di essere stato informato che in data odierna viene/vengono somministrato/i il/i vaccino/i

obbligatori per legge di cui ho ricevuto le note informative

• Di acconsentire/non acconsentire inoltre all' esecuzione del/dei vaccino/i

raccomandato/i dal calendario regionale attestando che per i vaccini raccomandati anche l'altro genitore condivide la scelta.

• Di autorizzare l'Azienda U.S.L. di Piacenza al trattamento dei dati personali nel rispetto dei principi della normativa vigente.

Firma interessato o genitore /tutore/soggetto affidatario del minore

ESTREMI DEL DOCUMENTO C.I. PAT N. _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO C.I. PAT N. _____

Allegati: DELEGA SI

Luogo _____ Data ____/____/____

L'operatore sanitario _____