

**MEDICAL HISTORY AND CONSENT FOR VACCINATIONS**  
ANAMNESI E CONSENSO PER VACCINAZIONI

(inglese)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
**Surname and Name** \_\_\_\_\_ **date of birth** \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
**birth place** \_\_\_\_\_ **resident at** \_\_\_\_\_ **telephone** \_\_\_\_\_

- Sta bene oggi?  
**Do you feel well today?** sì  no

- Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni?  
**Have you had any reactions to previous vaccinations?** sì  no   
Quali? **Which did you have?** \_\_\_\_\_

- E' allergico ad antibiotici, uova o altre sostanze? (esclusi pollini, polveri ed animali)  
**Are you allergic to antibiotics, eggs or other substances? (excluding pollen, dust and animals)?** sì  no   
Quali? **Which do you have?** \_\_\_\_\_

- Ha malattie come un tumore, leucemia, infezione da HIV/AIDS?  
**Do you have diseases such as cancer, leukemia, HIV/AIDS infection?** sì  no   
Quali? **Which do you have?** \_\_\_\_\_

- Prende immunosoppressori, farmaci biologici, cortisone ad alte dosi?  
**Do you take immunosuppressants, biological drugs, high dose cortisone?** sì  no   
Cosa? **Which of these?** \_\_\_\_\_

- Sta facendo radioterapia, chemioterapia o altri trattamenti immunosoppressivi?  
**Are you having radiotherapy, chemotherapy or other immunosuppressive treatments?** sì  no   
Cosa? **Which of these?** \_\_\_\_\_

-Ha malattie croniche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, epatiche?  
**Do you have chronic, metabolic, cardiac, respiratory, renal, hepatic diseases?** sì  no   
Quali? **Which do you have?** \_\_\_\_\_

- E' in gravidanza? sì \_\_\_\_\_ settimana no  
**Are you pregnant?** Yes  \_\_\_\_\_ **week** no

PRENDE ATTO di dover aspettare almeno 15 minuti dalla vaccinazione prima di andarsene e di dover evitare una gravidanza per 1 mese (solo in caso di somministrazione di vaccini con virus vivi)  
**You must wait at least 15 minutes after vaccination before leaving and you must avoid pregnancy for 1 month (in case of live virus vaccines).**

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

The doctor \_\_\_\_\_

The vaccinator \_\_\_\_\_