



## ANAMNESI E CONSENSO ALLE VACCINAZIONI

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

- Sta bene oggi? sì  no

- Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni? sì  no

Quali? \_\_\_\_\_

- E' allergico ad antibiotici, uova o altre sostanze? (esclusi pollini, polveri ed animali) sì  no

Quali? \_\_\_\_\_

- Ha malattie come un tumore, leucemia, infezione da HIV/AIDS? sì  no

Quali? \_\_\_\_\_

- Prende immunosoppressori, farmaci biologici, cortisone ad alte dosi? sì  no

Cosa? \_\_\_\_\_

- Sta facendo radioterapia, chemioterapia o altri trattamenti immunosoppressivi? sì  no

Cosa? \_\_\_\_\_

- Ha malattie croniche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, epatiche? sì  no

Quali? \_\_\_\_\_

- E' in gravidanza? sì  \_\_\_\_\_<sup>a</sup> settimana no

### PRENDE ATTO:

- di dovere aspettare almeno 15 minuti dalla vaccinazione prima di andarsene

- di dovere evitare una gravidanza per 1 mese (solo in caso di somministrazione di vaccino con virus vivi)

Data

Firma del vaccinando

\_\_\_\_\_

**VACCINI DA SOMMINISTRARE:** \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_

Pagamento Sì  NO

Il medico

\_\_\_\_\_

Il vaccinatore

\_\_\_\_\_