



**Fleta e vlerësimit para vaksinës dhe kryerja e mantoux tek
përdoruesit me moshë ≥14 vjeç
Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in
utenti con età ≥14 anni
ALBANESE**

**Procedura Aziendale
Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO**

PJESA PËR T'U PËRPILUAR NGA PACIENTI

Mbiemri Cognome	Emri Nome
Datëlindja Data di nascita ____/____/____	E-mail
Nr.i telefonit N di telefono	no ☐ si ☐

1) Jeni mirë sot?	jo ☐	po ☐
Sta bene oggi?		
2) Keni pasur ndonjëherë konvulsione, epilepsi apo çrregullime neurologjike?	jo ☐	po ☐
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		
3) A jeni alergjik/e ndaj ilaçeve, ushqimeve, lateksit apo lëndëve të tjera? Nëse “po” specifíkoni:	jo ☐	po ☐
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se “si” specificare:		
4) Keni pasur ndonjëherë reaksione të rënda ndaj një doze të mëparshme vaksine/Mantoux?	jo ☐	po ☐
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?		
5) Keni deficit të sistemit imunitar ose sëmundje të tjera si tumori, leucemia, infeksioni HIV?	jo ☐	po ☐
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?		
6) Keni sëmundje kronike autoimmune/reumatike, metabolike, kardiace, respiratore, renale, të organeve ose sistemeve të tjera apo çrregullime të koagulimit? Nëse “po” specifíkoni:	jo ☐	po ☐
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se “si” specificare:		
7) Muajt e fundit, keni bërë ndonjë terapi afatgjatë:	jo ☐	po ☐
Keni marrë ilaç në mënyrë të vazhdueshme ose keni bërë radioterapi apo dializë?	jo ☐	po ☐
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?		
8) Keni bërë ndonjë operacion të madh? (p.sh. transplantime)	jo ☐	po ☐
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)		
9) Keni bërë ndonjë vaksinë muajin e fundit? Nëse “po” specifíkoni:	jo ☐	po ☐
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se “si” specificare:		
10) Keni pasur ndonjëherë tuberkuloz ose anëtarë të familjes me tuberkuloz?	jo ☐	po ☐
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?		
11) Nëse jeni grua, a jeni shtatzënë? Nëse “po” tregoni javën:	jo ☐	po ☐
Se donna, è in gravidanza? Se “si” indicare la settimana: _		
12) Nëse jeni grua, jeni duke ushqyer me gji?	jo ☐	po ☐
Se donna, è in allattamento?		
Vetëm për vaksinat (e gjalla kundër etheve të verdha, fruthit-shytave-rubeolës-lisë së dhenve, herpesit zoster, tifos, kolerës) PER VACCINI VIVI		
13) Keni bërë transfuzion gjaku, ke marrë derivate të gjakut ose imunoglobulina vitin e fundit?	jo ☐	po ☐
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?		
14) Jetoni me njerëz që kanë sëmundje që e ulin imunitetin (p.sh. leucemia, tumoret, HIV/AIDS) ose që i nënshtrohen terapisë imunosupresive (p.sh. transplantimi i palcës, kortikosteroidet, kimioterapia, radioterapia)?	jo ☐	po ☐
Vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o che sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. Trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?		
15) Jetoni me një grua shtatzënë?	jo ☐	po ☐
Vive con una donna in gravidanza?		

Data, _____

Firma e të interesuarit /Prindi/administrator mbështetës/kujdestari i pranishëm/person i besuar (Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) _____