

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
بطاقة تقييم ما قبل التطعيم وتنفيذ مانتو للمستخدمين الذين تبلغ أعمارهم 14 عامًا أو أكثر Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in utenti con età ≥14 anni ARABO	Procedura Aziendale Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

الجزء الذي سيتم صياغته من قبل المريض

Cognome الاسم	
Data di nascita تاريخ الميلاد	E-mail البريد الإلكتروني
N di telefono رقم الهاتف	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (1) هل أنت بخير اليوم؟	
Sta bene oggi?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (2) هل سبق لك أن تعرضت لنوبات، لصرع أو لاضطرابات عصبية؟	
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (3) هل لديك حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو مادة اللاتكس أو غيرها من المواد؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فحدد	
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?	
Se "si" specificare:	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (4) هل سبق لك أن تعرضت لردود فعل خطيرة تجاه جرعة سابقة من لقاح/مانتو؟	
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (5) هل لديك نقص في جهاز المناعة أو أمراض أخرى مثل السرطان، سرطان الدم، الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؟	
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (6) هل تعاني من أمراض المناعة الذاتية/الروماتيزمية، أو التمثيل الغذائي، أو القلب، أو الجهاز التنفسي، أو الكلى، أو أمراض أعضاء أخرى (أوفي أجهزة أخرى أو اضطرابات تخثر الدم؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فحدد	
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	
Se "si" specificare:	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (7) وفي الأشهر القليلة الماضية، هل نفذت علاجًا طويل الأمد: هل تناولت الأدوية بشكل مستمر أو خضعت للعلاج الإشعاعي أو لغسيل الكلى؟	
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (8) هل سبق لك أن خضعت لعمليات جراحية كبرى؟ (مثل عمليات زرع الأعضاء)	
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (9) هل قمت بلقاحات في الشهر الماضي؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فحدد	
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese?	
Se "si" specificare:	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (10) هل سبق أن أصبت بالسل أو أصيب أحد أفراد أسرتك بالسل؟	
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (11) إذا كانت امرأة هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة "نعم" فاذكر الأسبوع	
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana: _	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (12) إذا كانت امرأة هل ترضعين؟	
Se donna, è in allattamento?	
فقط للقاحات الحية (مضادات: الحمى الصفراء، الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية، الجدري، الهربس النطاقي، التيفوئيد، الكوليرا)	
PER VACCINI VIVI	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (13) هل تلقيت في العام الماضي عمليات نقل دم أو منتجات دم أو جلوبيولين مناعي؟	
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (14) هل تعيش مع الأشخاص الذين يعانون من أمراض تقلل المناعة (مثل سرطان الدم والأورام وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) أو الذين يخضعون للعلاج المثبط للمناعة (على سبيل المثال: زرع النخاع، الكورتيكوستيرويدات، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي)؟	
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)?	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (15) هل تعيش مع امرأة حامل؟	
Vive con una donna in gravidanza?	

التاريخ (Data), _____

شخص / الوصي/ مسؤول الدعم/ الوالد/ توقيع الطرف المعني (Firma dell'interessato/Genitore-/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia/)

موثوق به _____