

بطاقة تقييم ما قبل التطعيم وتفيذ مانتو للمستخدمين الذين تبلغ أعمارهم 14 عاماً 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

اللقب Cognome	الإسم Nom
Data di nascita / / رقم الهاتف N di telefono	E-mail البريد الإلكتروني no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>

□ لا (1) هل أنت بخير اليوم؟	□ نعم
Sta bene oggi?	
□ لا (2) هل سبق لك أن تعرضت لنوبات، لصرع أو لاضطرابات عصبية؟	□ نعم
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	
□ لا (3) هل لديك حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو مادة اللاتكس أو غيرها من المواد؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فحدد	□ نعم
E allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se "si" specificare:	
□ لا (4) هل سبق لك أن تعرضت لردود فعل خطيرة تجاه جرعة سابقة من لقاح/ماتنتو؟	□ نعم
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	
□ لا (5) هل لديك نقص في جهاز المناعة أو أمراض أخرى مثل السرطان، سرطان الدم، الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؟	□ نعم
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	
□ لا (6) هل تعاني من أمراض المناعة الذاتية/الروماتيزمية، أو التمثيل الغذائي، أو القلب، أو الجهاز التنفسي، أو الكلوي، أو أمراض في أعضاء أخرى؟ أو في أجهزة أخرى أو اضطرابات تخثر الدم؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فحدد	□ نعم
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se "si" specificare:	
□ لا (7) هل تناولت الأدوية بشكل مستمر أو خضعت للعلاج الإشعاعي أو لغسيل الكل؟	□ نعم
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	
□ لا (8) هل سبق لك أن خضعت لعمليات جراحية كبيرة؟ (مثل عمليات زرع الأعضاء)	□ نعم
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	
□ لا (9) هل قمت بلقاولات في الشهر الماضي؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فحدد	□ نعم
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se "si" specificare:	
□ لا (10) هل سبق أن أصبت بالسل أو أصيبي أحد أفراد أسرتك بالسل؟	□ نعم
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	
□ لا (11) إذا كانت امرأة هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة "نعم" فاذكر الأسبوع	□ نعم
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana:	
□ لا (12) إذا كانت امرأة هل ترضعن؟	□ نعم
Se donna, è in allattamento?	
فقط ل vaccinations الحية (مضادات: الحمى الصفراء، الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية، الجدري، الهربس النطافي، التيفوئيد، الكولييرا)	
PER VACCINI VIVI	
□ لا (13) هل تلقيت في العام الماضي عمليات نقل دم أو منتجات دم أو جلوبولين مناعي؟	□ نعم
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	
□ لا (14) هل تعيش مع الأشخاص الذين يعانون من أمراض تقلل المناعة (مثل سرطان الدم والأورام وفيروس نقص المناعة البشرية/HIV) أو الذين يخضعون للعلاج المثبت للمناعة (على سبيل المثال: زرع النخاع، الكورتيكosteroidات، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي)؟	□ نعم
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)?	
□ لا (15) هل تعيش مع امرأة حامل؟	□ نعم
Vive con una donna in gravidanza?	

(Data) _____

شخص / الوصي / مسؤول الدعم / الوالد / توقيع الطرف المعنى /
(Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia/) _____
موثوق به _____