



≥14岁患者疫苗接种前的评估表及结核菌素皮肤试验的开展

**Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in  
utenti con età ≥14 anni  
CINESE**

**Procedura Aziendale**

**Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO**

由患者填写的部分

姓 Cognome	名 Nome		
出生日期 Data di nascita ____ / ____ / ____	电子邮箱 E-mail		
电话号码 N di telefono		no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
1) 您今天感觉状态好吗？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Sta bene oggi?			
2) 您是否有过抽搐、癫痫或神经系统疾病？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?			
3) 您是否对药物、食物、乳胶或其他物质过敏？如果选择“是”，请具体说明：		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se "si" specificare:			
4) 您以前接种疫苗/进行结核菌素试验是否有过严重过敏反应？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?			
5) 您是否患有免疫系统缺陷或其他疾病，如癌症、白血病、艾滋病？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?			
6) 您是否患有慢性自身免疫疾病/风湿、代谢、心脏、呼吸系统和肾脏方面的疾病、其他器官或系统的疾病，或凝血功能障碍？如果选择“是”，请具体说明：		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se "si" specificare:			
7) 过去的几个月内，您是否长期接受治疗： 您是否连续服药或接受过放射治疗或透析？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?			
8) 您是否接受过大手术？(如移植)		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)			
9) 上个月您是否接种过疫苗？如果选择“是”，请具体说明：		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se "si" specificare:			
10) 您或您的家人是否患过结核病？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?			
11) 如果是女性，您怀孕了吗？如果“是”，请注明怀孕周数：		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana:_			
12) 如果是女性，您是否在哺乳？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Se donna, è in allattamento?			
仅针对活疫苗（黄热病、麻疹-腮腺炎-风疹-水痘、带状疱疹、伤寒、霍乱疫苗）PER VACCINI VIVI			
13) 过去一年中，您是否接受过输血、血液制品或免疫球蛋白？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?			
14) 您是否与患有导致免疫力降低的疾病的人生活在一起 (如白血病、肿瘤、艾滋病)或与正在接受免疫抑制治疗的人生活在一起 (如骨髓移植、皮质类固醇、化疗、放疗)？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
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) 您是否与孕妇同住？		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
Vive con una donna in gravidanza?			

日期 (Data), \_\_\_\_\_

当事人签名/父母/监护人在场 / 赡养管理员、信任的人等 (Firma dell' interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) \_\_\_\_\_