

 <div>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</div>	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
≥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？ Sta bene oggi?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
2) 您是否有过抽搐、癫痫或神经系统疾病？ Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
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 “sì” 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？ Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
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？ Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
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 “sì” 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？ Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
8) 您是否接受过大手术？（如移植） E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
9) 上个月您是否接种过疫苗？如果选择“是”，请具体说明： Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se “sì” specificare:	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
10) 您或您的家人是否患过结核病？ Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
11) 如果是女性，您怀孕了吗？如果“是”，请注明怀孕周数： Se donna, è in gravidanza? Se “sì” indicare la settimana: _	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
12) 如果是女性，您是否在哺乳？ Se donna, è in allattamento?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
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？ Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
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）？ 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)?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
15) 您是否与孕妇同住？ Vive con una donna in gravidanza?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>

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) _____