

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Questionnaire pré-vaccinal et exécution du test de Mantoux chez les patients âgés de 14 ans et plus Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in utenti con età ≥14 anni FRANCESE	Procedura Aziendale Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom Cognome	Prénom Nome	
Date de naissance ____/____/____	Adresse électronique e-mail	
Téléphone	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>

1) Vous allez bien aujourd’hui ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Sta bene oggi?		
2) Avez-vous déjà souffert de convulsions, de crises d'épilepsie ou de troubles neurologiques ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		
3) Êtes-vous allergique à des médicaments, à des aliments, au latex ou à d'autres substances ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Si oui, spécifier :		
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?		
Se “si” specificare:		
4) Avez-vous déjà eu de graves réactions à une précédente dose de vaccin/Mantoux ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?		
5) Souffrez-vous d'un déficit du système immunitaire ou d'autres maladies comme le cancer, la leucémie, l'infection par le VIH ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?		
6) Souffrez-vous de maladies chroniques auto-immunes/rhumatismales, métaboliques, cardiaques, respiratoires et rénales, d'autres organes ou systèmes ou de troubles de la coagulation ? Si oui, veuillez spécifier :	non <input type="checkbox"/>	oui <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) Au cours des derniers mois, avez-vous suivi un traitement de longue durée : Avez-vous pris des médicaments de façon continue ou subi une radiothérapie ou une dialyse ?	non <input type="checkbox"/>	oui <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) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale lourde ? (par exemple, greffes)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)		
9) Avez-vous été vacciné(e) le mois dernier ? Si oui, veuillez spécifier :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se “si” specificare:		
10) Avez-vous déjà eu la tuberculose ou des membres de votre famille ont-ils eu la tuberculose?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?		
11) (Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ? Si oui, indiquer la semaine de grossesse:	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Se donna, è in gravidanza? Se “si” indicare la settimana: _		
12) (Pour les femmes) Allaitiez-vous ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Se donna, è in allattamento?		
Uniquement pour les vaccins vivants (contre la fièvre jaune, rougeole-oreillons-rubéole-varicelle, zona, fièvre typhoïde, choléra) PER VACCINI VIVI		
13) Avez-vous reçu des transfusions sanguines, de produits sanguins ou d'immunoglobulines au cours de l'année écoulée ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?		
14) Vivez-vous avec des personnes atteintes de maladies affaiblissant le système immunitaire (leucémie, tumeurs, VIH/SIDA) ou qui suivent un traitement immunosuppresseur (greffe de moelle osseuse, corticostéroïdes, chimiothérapie, radiothérapie) ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Vive con persone che hanno malattia che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o che sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. Trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?		
15) Vivez-vous avec une femme enceinte ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Vive con una donna in gravidanza?		

Date (Data), _____

Signature de la personne concernée, Parent/tuteur, administrateur de soutien, personne de confiance (Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) _____