

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
FRANÇAISE

Procedura Aziendale

Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom Cognome	Prénom Nom
Date de naissance ____ / ____ / ____	Adresse électronique e-mail
Téléphone	non <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
1) Vous allez bien aujourd'hui ? Sta bene oggi?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
2) Avez-vous déjà souffert de convulsions, de crises d'épilepsie ou de troubles neurologiques ? Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
3) Êtes-vous allergique à des médicaments, à des aliments, au latex ou à d'autres substances ? Si oui, spécifier : È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se "si" specificare:	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4) Avez-vous déjà eu de graves réactions à une précédente dose de vaccin/Mantoux ? Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
5) Souffrez-vous d'un déficit du système immunitaire ou d'autres maladies comme le cancer, la leucémie, l'infection par le VIH ? Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
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 : Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se "si" specificare:	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
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 ? Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
8) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale lourde ? (par exemple, greffes) E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
9) Avez-vous été vacciné(e) le mois dernier ? Si oui, veuillez spécifier : Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se "si" specificare:	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
10) Avez-vous déjà eu la tuberculose ou des membres de votre famille ont-ils eu la tuberculose ? Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
11) (Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ? Si oui, indiquer la semaine de grossesse: Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana:	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
12) (Pour les femmes) Allaitez-vous ? Se donna, è in allattamento?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
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 ? Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
14) Vivez-vous avec des personnes atteintes de maladies affaiblissant le système immunitaire (leucémie, tumeurs, VIH/SIDA) ou qui suivent un traitement immuno-supresseur (greffe de moelle osseuse, corticostéroïdes, chimiothérapie, radiothérapie) ? 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)?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
15) Vivez-vous avec une femme enceinte ? Vive con una donna in gravidanza?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

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) _____