



**Evaluation sheet for pre-vaccination and performance of the
Mantoux test in users aged ≥14 years
Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in
utenti con età ≥14 anni
INGLESE**

**Procedura Aziendale
Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO**

PART TO BE COMPILED BY THE PATIENT

Surname Cognome	Name Nome
Date of birth Data di nascita ____/____/____	Email address
Telephone no.	no ☐ si ☐

1) Are you feeling well today? Sta bene oggi?	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

2) Have you ever had seizures, epilepsy or neurological disorders? Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	no ☐	yes ☐
---	-----------------------------	------------------------------

3) Are you allergic to drugs, foods, latex or other substances? If "yes" please specify: È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se "si" specificare:	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

4) Have you ever had serious reactions to a previous dose of vaccine/Mantoux? Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	no ☐	yes ☐
---	-----------------------------	------------------------------

5) Do you have immune system deficiencies or other diseases such as cancer, leukaemia, and HIV infection? Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	no ☐	yes ☐
---	-----------------------------	------------------------------

6) Do you have any chronic autoimmune/rheumatic, metabolic, cardiac, respiratory or renal diseases or diseases affecting other organs or systems or coagulation disorders? If "yes" please specify: Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se "si" specificare:	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

7) In the last few months, have you undergone any long-term therapy: Have you taken medications continuously or have you undergone radiation therapy or dialysis? Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

8) Have you ever undergone major surgery? (e.g. transplants) E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

9) Have you received any vaccines in the last month? If "yes" please specify: Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se "si" specificare:	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

10) Have you ever had Tuberculosis or family members who had Tuberculosis? Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

11) If you are a woman, are you pregnant? If "yes", indicate the week: Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana: _	no ☐	yes ☐
---	-----------------------------	------------------------------

12) If you are a woman, are you breastfeeding? Se donna, è in allattamento?	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

Only for live vaccines (against: yellow fever, measles-mumps-rubella-chicken pox, Herpes zoster, typhoid, cholera). VACCINI VIVI

13) Have you received any blood transfusions, blood derivatives or immunoglobulins in the last year? Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	no ☐	yes ☐
--	-----------------------------	------------------------------

14) Do you live with people who have diseases that reduce immunity (e.g. leukaemia, tumours, HIV/AIDS) or who have undergone immunosuppressive therapy (e.g. bone marrow transplant, corticosteroids, chemotherapy, radiation therapy)? 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)?	no ☐	yes ☐
---	-----------------------------	------------------------------

15) Do you live with a pregnant woman? Vive con una donna in gravidanza?	no ☐	yes ☐
---	-----------------------------	------------------------------

Date (Data), _____

Signature of the interested party/Parent/guardian present/court-appointed guardian, trusted person, etc. (Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) _____