



Ficha de avaliação de pré-vacinação e execução da prova da
tuberculina (mantoux) em utentes ≥ a 14 anos
Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in
utenti con età ≥14 anni
PORTOGHESE

Procedura Aziendale
Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

PARTE A PREENCHER PELO PACIENTE

Apelido Cognome	Nome Nome
Data de nascimento ____/____/____	E-mail
N.º de telefone	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

1) Hoje está bem?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Sta bene oggi?		
2) Teve episódios de convulsões, epilepsia ou disfunções neurológicas?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		
3) É alérgico(a) a medicamentos, alimentos, lactose ou outras substâncias? Se "sim" especifique:	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?		
Se "si" specificare:		
4) Alguma vez teve reações graves a doses anteriores da vacina/Mantoux?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?		
5) Tem déficite do sistema imunitário ou outras doenças como tumores, leucemia, infeção de HIV?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?		
6) Tem alguma doença crónica autoimune/reumática, metabólica, cardíaca, respiratória, renal, De outros órgãos ou aparelhos ou disfunções de coagulação? Se "sim" especifique: _____	não <input type="checkbox"/>	sim <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) Nos últimos meses, fez alguma terapia de longa duração:	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Tomou medicamentos com continuidade ou foi submetido a radioterapia ou diálise?		
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?		
8) Alguma vez foi submetido(a) a cirurgias importantes? (ex. transplantes)	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)		
9) No último mês tomou alguma vacina? Se "sim" especifique: _____	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese?		
Se "si" specificare:		
10) Já teve Tuberculose ou algum dos seus familiares teve Tuberculose?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?		
11) É doador(a), está grávida? Se "sim" indique a semana: _____	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana: _____		
12) Se é doador(a), amamenta?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Se donna, è in allattamento?		
Apenas para vacinas vivas (contra: febre amarela, sarampo-papeira-rubéola-varicela, Herpes zoster, febre tifoide, cólera) PER VACCINI VIVI		
13) No último ano recebeu transfusões de sangue, hemoderivados ou imunoglobulina?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?		
14) Vive com pessoas que têm doenças que reduzam a imunidade (ex. leucemia, tumores, HIV/SIDA) ou que são submetidas a terapia imunossupressora (ex. Transplante de medula, corticosteroides, quimioterapia, radioterapia)?	não <input type="checkbox"/>	sim <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) Vive com uma mulher grávida?	não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/>
Vive con una donna in gravidanza?		

Data, _____

Assinatura do interessado/ Progenitores/tutor presente/ administrador de apoio, pessoa de confiança (Firma dell'interessato/Genitore-
i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) _____