



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? Sta bene oggi?	
2) Teve episódios deconvulsões,epilepsia ou disfunções neurológicas? Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	
3) Éalérgico(a) a medicamentos,alimentos,lactose ou outras substâncias?Se“sim”especifique: È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se “si” specificare:	
4) Alguma vez teve reações gravesa doses anteriores da vacina/Mantoux? Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	
5) Tem déficit do sistema imunitário ou outras doenças como tumores,leucemia,infeção deHIV? 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 aparelhosou disfunções de coagulação?Se“sim”especifique: 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: Tomou medicamentoscomcontinuidadeoufoi submetido aradioterapiaoudialise? 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 foisubmetido(a) a cirurgias importantes?(ex. transplantes) E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	
9) No último mês tomou alguma vacina? Se“sim”especifique: Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se “si” specificare:	
10) Já teve Tuberculose ou algum dos seus familiares teveTuberculose? Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	
11) É doador(a), está grávida?Se “sim”indiquea semana: Se donna, è in gravidanza? Se “si” indicare la settimana:	
12) Seé doador(a),amamenta? Se donna, è in allattamento?	
Apenas paravacinasvivas (contra: febre amarela, sarampo-papeira-rubéola-varicela, Herpes zoster, febre tifoide, cólera) PER VACCINI VIVI	
13) No último ano recebeu transfusões desangue,hemoderivados ou imunoglobulina? Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	
14) Vive com pessoas que têm doençasque reduzem a imunidade (ex.leucemia,tumores,HIV/SIDA)ou que sãosubmetidasa terapia imunossupressora(ex. Transplante de medula,corticosteroides,quimioterapia,radioterapia)? 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? 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) _____