

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Fișa de evaluare prevaccinare și efectuarea mantoux la utilizatorii cu vârsta ≥14 ani Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in utenti con età ≥14 anni RUMENO	Procedura Aziendale Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

A SE COMPLETA DE CĂTRE PACIENT

Nume Cognome	Prenume Nome
Data nașterii Data di nascita ____ / ____ / ____	E-mail
Nr. de telefon N di telefono	no ☐ si ☐

1) Vă simțiți bine azi?	nu ☐	da ☐
Sta bene oggi?		
2) Ați avut vreodată convulsii, epilepsie sau tulburări neurologice?	nu ☐	da ☐
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		
3) Sunteți alergic/ă la medicamente,alimente, latex sau alte substanțe?Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să precizați:	nu ☐	da ☐
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?		
Se “si” specificare:		
4) Ați avut vreodată reacții grave la o doză anterioară de vaccin/Mantoux?	nu ☐	da ☐
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?		
5) Aveți sistem imunitar deficitar sau alte boli, cum ar fi tumoră, leucemie,infecție cu HIV?	nu ☐	da ☐
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?		
6) Aveți boli croniceautoimune/reumatice,metabolice,cardiace,respiratorii,renale, ale altor organe sau aparate ori tulburări de coagulare?Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să precizați	nu ☐	da ☐
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?		
Se “si” specificare:		
7) În ultimele luni, ați luat vreun tratament delungădurată:	nu ☐	da ☐
Ați luat medicamente în mod continuu sau ați supus/ă radioterapiei ori dializei?		
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?		
8) Ați suferit vreodată intervenții chirurgicale majore?(ex. transplanturi)	nu ☐	da ☐
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)		
9) Ați fost vaccinat/ă în ultima lună?Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să precizați	nu ☐	da ☐
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese?		
Se “si” specificare:		
10) Ați avut vreodată tuberculoză sau aveți rude care au avut tuberculoză?	nu ☐	da ☐
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?		
11) În cazul unei femei: sunteți însărcinată?Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să indicați săptămâna de sarcină:	nu ☐	da ☐
Se donna, è in gravidanza? Se “si” indicare la settimana: _		
12) În cazul unei femei: alăptați?	nu ☐	da ☐
Se donna, è in allattamento?		
Doar pentru vaccinuri vii (anti: febră galbenă, rujeolă – oreion – rubeolă -varicelă, Herpes zoster, febră tifoidă, holeră) PER VACCINI VIVI		
13) În ultimul an ați primit transfuzii de sânge, derivate sau imunoglobuline?	nu ☐	da ☐
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?		
14) Locuiți cu persoane care suferă de boli ce reduc imunitatea (de ex.leucemie,tumori,HIV/SIDA) sau care sunt supuse unui tratament imunosupresiv (ex. transplant de măduvă,corticosteroizi,chimioterapie,radioterapie)?	nu ☐	da ☐
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) Locuiți cu o femeie însărcinată?	nu ☐	da ☐
Vive con una donna in gravidanza?		

Data, _____

Semnătura persoanei vizate / Părinte/ administrator de sprijin / tutore prezent / persoană aleasă (Firma dell’interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia/)