

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Ficha de evaluación prevacunación y realización de la prueba de Mantoux en usuarios con edad ≥ a 14 años Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in utenti con età ≥14 anni SPAGNOLO	Procedura Aziendale Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

PARTE A RELLENAR POR EL PACIENTE

Apellidos Cognome	Nombre Nome	
Fecha de nacimiento Data di nascita ____/____/____	E-mail	
Nº de teléfono	no ☐	si ☐
1) ¿Se encuentra bien hoy? Sta bene oggi?	no ☐	si ☐
2) ¿Alguna vez ha tenido convulsiones, epilepsia o trastornos neurológicos? Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	no ☐	si ☐
3) ¿Es usted alérgica/o a medicinas, alimentos, látex u otras sustancias? En caso afirmativo, especifique: È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se “si” specificare:	no ☐	si ☐
4) ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis anterior de vacuna/Mantoux? Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	no ☐	si ☐
5) ¿Tiene deficiencia del sistema inmunológico u otras enfermedades como tumor, leucemia, infección por VIH? Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	no ☐	si ☐
6) Tiene enfermedades crónicas autoinmunes/reumáticas, metabólicas, cardíacas, respiratorias, renales, ¿Otros órganos o aparatos o trastornos de la coagulación? En caso afirmativo, especifique Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se “si” specificare:	no ☐	si ☐
7) En los últimos meses ha implementado una terapia de larga duración: ¿Ha tomado medicamentos de forma continua o ha sido sometido a radioterapia o diálisis? Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	no ☐	si ☐
8) ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía mayor? (por ejemplo, trasplantes) E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	no ☐	si ☐
9) ¿Se ha vacunado en el último mes? En caso afirmativo, especifique: Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se “si” specificare:	no ☐	si ☐
10) ¿Alguna vez ha tenido tuberculosis o algún familiar que haya tenido tuberculosis? Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	no ☐	si ☐
11) Si es mujer, ¿está embarazada? En caso afirmativo indique la semana: Se donna, è in gravidanza? Se “si” indicare la settimana: _	no ☐	si ☐
12) Si es mujer, ¿está amamantando? Se donna, è in allattamento?	no ☐	si ☐
Sólo para vacunas vivas (anti: fiebre amarilla, sarampión-paperas-rubéola-varicela, Herpes zoster, tifo, cólera) PER VACCINI VIVI		
13) ¿Ha recibido transfusiones de sangre, hemoderivados o inmunoglobulinas en el último año? Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	no ☐	si ☐
14) ¿Vive con personas que tienen enfermedades que reducen la inmunidad? (por ejemplo, leucemia, tumores, VIH/SIDA) ¿o que están recibiendo terapia inmunosupresora? (por ejemplo, Trasplante de médula, corticoides, 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)?	no ☐	si ☐
15) ¿Vive con una mujer embarazada? Vive con una donna in gravidanza?	no ☐	si ☐

Fecha (Data), _____

Firma del interesado /Padre/administrador de soporte/tutor presente/persona de confianza (Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) _____