



ANAMNESI E CONSENSO ALLE VACCINAZIONI CONTRO HERPES ZOSTER E DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE

Cognome e nome _____ nato il _____

a _____ residente a _____ tel. _____

- Sta bene oggi? sì no

- Ha mai avuto reazioni a precedenti vaccinazioni? sì no

_____ sì no

- Ha tumori del sangue come leucemia o linfoma? sì no

- Prende farmaci immunosoppressori o cortisone ad alte dosi? sì no

- Sta facendo radioterapia o chemioterapia? sì no

- Ha malattie infettive come HIV/AIDS o tubercolosi? sì no

PRENDE ATTO:

- di dovere aspettare almeno 15 minuti dalla vaccinazione prima di andarsene

Data

Firma del vaccinando

VACCINI DA SOMMINISTRARE: _____

Il medico

Il vaccinatore
