



**SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE**

**DSP Area ISP  
Mod 03 P 003 6106**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**intendo sottopormi**

**sottoporre mio figlio**  \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

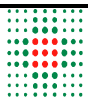
alle seguenti vaccinazioni:

Dichiaro di essere affetto da

Dichiaro che mio figlio/a è affetto da

- malattie febbrili o infettive in atto sì  no
- malattie neurologiche sì  no 
  - se sì, quali \_\_\_\_\_
- malattie neurologiche successive a vaccinazioni (neurite brachiale, s.di Guillain Barre) sì  no 
  - se sì, quale reazione a quale vaccino \_\_\_\_\_
- malattie immunologiche-immunodeficienze, trapianti sì  no 
  - se sì, quali \_\_\_\_\_
- allergie a farmaci, sostanze chimiche, proteine dell'uovo sì  no 
  - se sì, a quali e quale reazione \_\_\_\_\_
- precedenti allergie in seguito a somministrazione di vaccino sì  no 
  - quali reazioni \_\_\_\_\_
  - a quale vaccino \_\_\_\_\_
- precedenti trombocitopenie da vaccino sì  no 
  - se sì, da quale vaccino \_\_\_\_\_
- specificare terapie in atto (immunosoppressori, cortisone, b-bloccanti, chemioterapici. Tp radiante)  
\_\_\_\_\_
- gravidanza in atto sì  no
- allattamento in atto sì  no
- altre patologie rilevanti sì  no 
  - se sì, quali \_\_\_\_\_

NOTE



**SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE**

**DSP Area ISP  
Mod 03 P 003 6106**

**CONSENSO ALLA VACCINAZIONE**

Dichiaro altresì quanto segue:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute/stato di salute di mio figlio/a
- di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici delle vaccinazioni e quelli che potrebbero derivare dalla mancata vaccinazione
- di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti
- di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio 30 minuti dopo la vaccinazione
- di essere stato informato che nel mese successivo alla vaccinazione antivaricella, nel mese successivo alla vaccinazione morbillo parotite e rosolia e nel mese successivo alla vaccinazione anti febbre gialla è opportuno evitare una gravidanza
- di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con documenti scritti specifici) in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alle vaccinazioni sopra riportate
- di essere stato informato che, in caso di effetti collaterali importanti a seguito della/e vaccinazione/i, dovrò segnalare il fatto al mio Medico di famiglia e/o all'ambulatorio vaccinale di riferimento

**ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI SOPRA RIPORTATE**

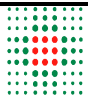
\*Firma dell'interessato \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

\*firma dell'interessato o del genitore/tutore presente, il quale dichiara, sotto la propria responsabilità, di esercitare la potestà nei confronti del minore e che anche l'altro genitore è consenziente.

**Parte da redigere a cura degli operatori sanitari**

Viste le notizie anamnestiche raccolte e considerato lo stato di salute dell'interessato, si procede alla somministrazione dei vaccini:

- Data e ora della somministrazione \_\_\_\_\_
- Sito iniettivo deltoide dx  sn  gluteo dx  sn
- Modalità di somministrazione i.m.  s.c.  orale
- Categoria di rischio -----
- Prodotto \_\_\_\_\_
- Lotto \_\_\_\_\_
- Data di scadenza \_\_\_\_\_



**SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE**

**DSP Area ISP  
Mod 03 P 003 6106**

Data e ora della somministrazione \_\_\_\_\_  
 Sito iniettivo deltoide dx  sn  gluteo dx  sn   
 Modalità di somministrazione i.m.  s.c.  orale   
 Categoria di rischio -----  
 Prodotto \_\_\_\_\_  
 Lotto \_\_\_\_\_  
 Data di scadenza \_\_\_\_\_

Data e ora della somministrazione \_\_\_\_\_  
 Sito iniettivo deltoide dx  sn  gluteo dx  sn   
 Modalità di somministrazione i.m.  s.c.  orale   
 Categoria di rischio -----  
 Prodotto \_\_\_\_\_  
 Lotto \_\_\_\_\_  
 Data di scadenza \_\_\_\_\_

Data e ora della somministrazione \_\_\_\_\_  
 Sito iniettivo deltoide dx  sn  gluteo dx  sn   
 Modalità di somministrazione i.m.  s.c.  orale   
 Categoria di rischio -----  
 Prodotto \_\_\_\_\_  
 Lotto \_\_\_\_\_  
 Data di scadenza \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistente sanitario / Infermiere \_\_\_\_\_

Firma del Medico vaccinatore \_\_\_\_\_