# Scheda anamnestica

**Nome e Cognome del vaccinando:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **01** Attualmente è malato? | Sì ¡ | No ¡ |
| **02** Ha febbre? | Sì ¡ | No ¡ |
| **03** Soffre o ha mai sofferto di allergie?  **Specificare:** | Sì ¡ | No ¡ |
| **04** Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | Sì ¡ | No ¡ |
| **05** Soffre di malattie cardiache o polmonari, asme, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  **Specificare:** | Sì ¡ | No ¡ |
| **06** Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto? | Sì ¡ | No ¡ |
| **07** Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazione?  **Specificare:** | Sì ¡ | No ¡ |
| **08** Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | Sì ¡ | No ¡ |
| **09** Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | Sì ¡ | No ¡ |
| **10** Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  **Specificare:** | Sì ¡ | No ¡ |
| **11.1** Per le donne: è in stato di gravidanza? | Sì ¡ | No ¡ |
| **11.2** Per le donne: sta pianificando una gravidanza nel prossimo mese? | Sì ¡ | No ¡ |
| **12** Per le donne: sta allattando? | Sì ¡ | No ¡ |
| **13** Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | Sì ¡ | No ¡ |

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’operatore sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’utente/legale rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_