



Check list pre-vaccinale

Data \_\_\_\_\_

Per il minore \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

il sottoscritto (**genitore o chi ha la responsabilità genitoriale**) \_\_\_\_\_  
dichiara che il minore:

1) Oggi ha febbre?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se malattia del sistema nervoso	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
malattia del sistema immunitario	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
malattie del sangue	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
malattie del rene	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
tumori	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
3) Ha mai avuto convulsioni?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se con febbre	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci frequentemente?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare nome e quantità	
5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a radioterapia?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue o immunoglobuline?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
7) Ha o ha avuto gravi allergie?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare	
8) E' in gravidanza?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare	
10) Altro da segnalare?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare	

**Dichiara inoltre di:**

- **aver riferito correttamente** le informazioni sullo stato di salute del minore
- **essere stato informato sui rischi** legati alle malattie prevenibili con le vaccinazioni proposte, sui benefici delle vaccinazioni proposte e sui rischi che potrebbero derivare dal non eseguirle
- **aver ben compreso le informazioni** fornite (a voce e/o con documenti specifici inviati a domicilio), in ordine ai rischi connessi alla/e vaccinazione/i proposte e la necessità di rimanere in sala di attesa 30 minuti dopo la vaccinazione
- **aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti**, direttamente o telefonicamente, rispetto alla malattia, alle caratteristiche dei vaccini utilizzati ed ai possibili effetti collaterali delle vaccinazioni, eventualmente con l'intervento del mediatore culturale
- **essere stato informato** che, per la vaccinazione anti-varicella la minore non deve essere in gravidanza e non deve iniziare una gravidanza nei 3 mesi successivi alla vaccinazione

**Esprimo pertanto il consenso all'esecuzione della/e vaccinazione/i:**

- 1) **ANTIDIFTERICA-TETANICA-POLIO-PERTUSSICA**  si  no
- 2) **ANTIMENINGOCOCCICA ACW<sub>135Y</sub>**  si  no
- 3) **ANTIVARICELLA**  si  no (rifiuto)  
 no (ha già avuto la malattia)
- 4) **ALTRO** \_\_\_\_\_  si  no

**Firma del genitore o di chi ha la potestà genitoriale**  
dichiaro di essere titolare della potestà genitoriale  
per decidere ad acconsentire al trattamento sanitario sul minore

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DEGLI OPERATORI SANITARI DELL'AMBULATORIO**

Data di esecuzione \_\_\_\_\_

Vaccinazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Controindicazioni/note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma e timbro di chi esegue le vaccinazioni**

**Firma e timbro del medico**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_