



**Dipartimento di Sanità Pubblica**  
**Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

## 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? Se sì, specificare se malattia del sistema nervoso malattia del sistema immunitario malattie del sangue malattie del rene tumori	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
3) Ha mai avuto convulsioni? Se sì, specificare se con febbre	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci frequentemente? Se sì, specificare nome e quantità	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
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? Se sì, specificare	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
8) È in gravidanza?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, specificare	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
10) Altro da segnalare? Se sì, specificare	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

