



Dipartimento di Sanità Pubblica

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE

Data _____

Il/la vaccinando/a _____

nato/a il _____ a _____ residente a _____

1. Sta bene oggi? **SI** **NO**
2. Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici? **SI** **NO**
3. E' allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? **SI** **NO**
-
4. Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino? **SI** **NO**
5. Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie (tumore, leucemia, HIV)? **SI** **NO**
-
6. Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali,
di altri organi o disturbi della coagulazione? **SI** **NO**
-
7. Negli ultimi 6 mesi ha attuato terapie di lunga durata (farmaci, radioterapia, dialisi)? **SI** **NO**
-
8. E' mai stata/o sottoposta/o ad interventi chirurgici? **SI** **NO**
-
9. Ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? **SI** **NO**
-
10. E' in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nei prossimi mesi? **SI** **NO**

Vaccini vivi

11. Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline? **SI** **NO**
12. Vive insieme a persone con malattie o in terapia che riducono l'immunità (leucemie, tumori, HIV/AIDS, trapianti, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)? **SI** **NO**
13. Vive con una donna in gravidanza? **SI** **NO**
14. Ha/avuto malattie del timo (per vaccinazione febbre gialla) **SI** **NO**

Note

.....
.....



Dichiaro di: (con/senza l'intervento del mediatore culturale)

- **aver riferito correttamente** le informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute di mio figlio
- **essere stato informato sui** benefici delle vaccinazioni e sui rischi che potrebbero derivare dal non eseguirle
- **aver ben compreso le informazioni**, fornitemi (a voce e con documenti specifici), in ordine ai rischi connessi alla/e vaccinazione/i proposte
- **aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti** rispetto alla malattia, alle caratteristiche del vaccino utilizzato ed ai possibili effetti collaterali della vaccinazione
- **aver preso visione** del materiale informativo consegnatomi compresa la necessità di trattenermi 30 minuti dopo la vaccinazione

Esprimo pertanto il consenso/dissenso alla esecuzione della vaccinazione :

ANTI HERPES ZOSTER

Firma dell'interessato _____

Firma e timbro dell'operatore sanitario

Firma e timbro dell'esecutore

(se in autonomia)

(se diverso dall'operatore che ha raccolto l'anamnesi)

Si prescrive/controindica la/le vaccinazione/i _____

Firma e timbro del medico

_____ (ove previsto)