



Dipartimento Cure Primarie Aziendale
Programma Materno infantile
Salute Infanzia AUSL di RE
Distretto di Reggio Emilia

Check list pre-vaccinale aggiornata 17.08.2022

Cognome e nome	Nato/a il	
1) il bambino/a sta bene oggi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) è nato prematuro e/o di basso peso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) il bambino o i suoi familiari (fratelli o genitori) hanno mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) il bambino è allergico a farmaci, alimenti, al lattice o altro?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) il bambino ha avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6) Il bambino ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezioni da hiv?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7) il bambino ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali o disturbi della coagulazione?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8) Negli ultimi 6 mesi, il bambino ha attuato terapie di lunga durata - ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9) il bambino è mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10) il bambino ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DOMANDE SOLO PER VACCINI VIVI	
11) Il bambino ha avuto una invaginazione intestinale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12) Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari? fratelli/genitori/nonni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13) Il bambino ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14) Il bambino, nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglob. o farmaci antivirali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15) La madre ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza e/o allattamento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16) il bambino. vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (leucemie, tumori, hiv) o che ha fatto terapie Immunosoppressive (es. trapianto di midollo, cortisone, chemioterapia, radioterapia)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17) il bambino vive con una donna in gravidanza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

VACCINAZIONI PROPOSTE

VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE
O ESAVALENTE		O PNEUMO		O DTPaPolio		O HPV		O P23	
O ROTAVIRUS		O MMRV		O VARICELLA		O HBV		O HAV	
O MENINGO B		O MEN		O MMR		O A.INFLU		O POLIO	

Io sottoscritto _____ in accordo con l'altro genitore da me consultato

Dichiaro di: (con/senza l'intervento del mediatore culturale) o di persona che traduce

- aver riferito correttamente le informazioni sullo stato di salute di mio figlio
- di 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 vaccinazioni proposte
- **aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti** rispetto alla malattia, alle caratteristiche del vaccino utilizzato ed ai possibili effetti collaterali della vaccinazione con/senza l'intervento del mediatore culturale
- **aver preso visione del materiale informativo** consegnatomi compresa la necessità di trattenermi **15 minuti** dopo la vaccinazione
- di essere stata informato che, se mia figlia si vaccina contro varicella, morbillo/parotite/rosolia è opportuno evitare una sua gravidanza nei 3 mesi successivi alle vaccinazioni.

VACCINAZIONI ESEGUITE

VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE	VACCINO	DOSE
O ESAVALENTE		O PNEUMO		O DTPaPolio		O HPV		O P23	
O ROTAVIRUS		O MMRV		O VARICELLA		O HBV		O HAV	
O MENINGO B		O MEN		O MMR		O A.INFLU		O POLIO	

- Esprimo pertanto il consenso alla esecuzione della vaccinazione
- Esprimo pertanto il dissenso alla esecuzione della vaccinazione
- Vaccinazione RIMANDATA

Firma leggibile dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore

FIRMA _____

DATA

FIRMA OPERATORE SANITARIO