

### Check list prevaccinale

Cognome Nome	Data di nascita
La/ll bambina/o sta bene oggi?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha mai avuto convulsioni febbrili, epilessie o disturbi neurologici?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o è allergico a alimenti, farmaci, lattice o altro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha immunodeficit congeniti o da tumore, infezione da HIV?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha mai avuto reazioni gravi a precedenti vaccini?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha patologie autoimmuni, reumatiche, renali, cardiache, metaboliche, respiratorie, deficit della coagulazione, altra malattia cronica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o è in terapia cronica con farmaci, ha assunto cortisone di recente a dosi ad elevate, è stato sottoposto a radioterapia, prende farmaci immunosoppressori?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o è stato sottoposto a interventi chirurgici di recente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PER I VACCINI VIVI	
La/ll bambina/o vive a contatto con persone con deficit immunitari o persone in terapia con immunosoppressori?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline; farmaci antivirali; trapianti?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha ricevuto un vaccino nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o vive con una donna in gravidanza?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La/ll bambina/o ha perdite di liquido cerebrale?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

VACCINO PROPOSTO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in accordo con l'altro genitore informato da me della vaccinazione, dichiara:

- di aver riferito correttamente le notizie sullo stato di salute di mio/a figlio/a;
- di essere stato informato sui benefici della vaccinazione e sui rischi derivanti dal non farla;
- di aver ben compreso le informazioni fornitemi sui rischi della vaccinazione proposta;
- di aver ricevuto risposte alle richieste di chiarimenti rispetto alla malattia per la quale mio/a figlio/a riceverà il vaccino, alle caratteristiche del vaccino e ai possibili effetti collaterali della vaccinazione;
- di aver compreso la necessità di attendere 15 minuti in sala di attesa dopo la vaccinazione.

Esprimo il consenso alla vaccinazione     Non esprimo il consenso alla vaccinazione

Firma del genitore

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_