

Azienda _____ (dati identificativi della struttura)

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL MINORE DA VACCINARE

Data ___/___/___

Cognome e Nome _____ nato a _____ il ___/___/_____

1) Oggi il/la bambino/a sta bene ?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
2) Ha o ha avuto malattie importanti? Se si, specificare quale patologia e quando _____	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Ha crisi di asma nonostante la terapia? _____ no _____ si _____		
3) Prende farmaci regolarmente? Se si, specificare quali _____	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
4) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? Se si, specificare quale patologia e quando _____	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
5) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario? (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da HIV ecc.) Se si, specificare di che tipo _____	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
6) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con:		
Cortisone per bocca o per via iniettiva	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Farmaci antineoplastici	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Terapia radiante	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
7) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
8) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se si, a cosa? (specificare se ha mai avuto shock anafilattico) _____	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
9) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? Se si, di che tipo? Ha avuto gravi reazioni dopo 1 ora dalla vaccinazione ? (edema generalizzato della cute e delle mucose, orticaria generalizzata) _____	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
10) (Per le ragazze/donne). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Notizie fornite dal Sig. _____ In qualità di (specificare se genitore, tutor o altro) _____ _____ Firma		

Ambulatorio _____

Valutazione sanitaria conclusiva

_____ Firma e timbro del medico/operatore sanitario