

**SCHEDA ANAMNESTICA PRE VACCINALE**

**Vaccinazione/i:** \_\_\_\_\_

<b>Il sottoscritt*</b> _____ nat* il _____ <small>(cognome e nome del genitore)</small>		
<b>Il sottoscritt*</b> _____ nat* il _____ <small>(cognome e nome del genitore)</small>		
<b>Genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di</b> _____ <small>(cognome e nome del figlio/a)</small> nato/a a _____ il _____		
Dichiarano che il/la figlio/a <b>(Per il/la bambino/a di età superiore a sei mesi compilare a partire dalla domanda 4):</b>		
1. <b>E' nato prematuro e/o di basso peso</b>	Sì	No
2. <b>Ha avuto una invaginazione intestinale o è affetto da una malformazione congenita non corretta del tratto gastrointestinale che potrebbe predisporre all'invaginazione intestinale</b>	Sì	No
3. <b>Ha familiari (fratelli, genitori o nonni) con immunodeficienza congenita</b>	Sì	No
4. <b>E' nato da madre che ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento</b>	Sì	No
5. <b>Ha malattie in atto</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
6. <b>Ha malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV) o vive con persone con queste malattie</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
7. <b>Ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali nell'ultimo anno</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
8. <b>Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci con continuità (in particolare immunosoppressori) o è stato sottoposto a radioterapia o dialisi</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
9. <b>Ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
10. <b>Ha avuto (o hanno avuto i genitori o i fratelli) convulsioni febbrili, epilessia o disturbi neurologici</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
11. <b>Ha manifestato allergia a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
12. <b>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?</b> <b>Se sì, quale/i?</b> _____	Sì	No
13. <b>Ha avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
14. <b>E' stato sottoposto ad interventi chirurgici</b> <b>Se sì, specificare</b> _____	Sì	No
15. <b>Ha una gravidanza in atto (solo per le femmine in età fertile)</b>	Sì	No
NOTE _____		

**FIRMA dei GENITORI:** Genitore \_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario *(allegare copia doc. id.)* \_\_\_\_\_

Condizioni sanitarie idonee alla vaccinazione:     Sì     No

Data \_\_\_\_\_ **FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S. / Inf.** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE RISPETTO ALL'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE**

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_ nat\* il \_\_\_\_\_

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_ nat\* il \_\_\_\_\_

genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARIAMO**

- di aver ricevuto tutte le informazioni relative al trattamento proposto, ai possibili rischi e complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie), alle possibili conseguenze causate da rifiuto e dalla mancata esecuzione della/e vaccinazione/i proposta/e, di aver ben compreso le informazioni che sono state fornite e di aver ricevuto risposta alla richiesta di chiarimenti
- di essere stati informati della necessità di trattenersi nel Servizio per 15 minuti dopo la vaccinazione e di sorvegliare il proprio figlio durante l'esecuzione della vaccinazione e nel periodo post vaccinale
- di essere stati informati che in data odierna viene/vengono somministrato/i il/i seguente/i **VACCINO/I OBBLIGATORIO/I** ai sensi della L. 31 luglio 2017, n° 119 in tema di obblighi vaccinali di cui ho ricevuto le note informative

<input type="checkbox"/> Anti Poliomielite	<input type="checkbox"/> Anti Epatite B
<input type="checkbox"/> Anti Tetano	<input type="checkbox"/> Anti Haemophilus Influentiae B
<input type="checkbox"/> Anti Difterite	<input type="checkbox"/> Anti Morbillo-Parotite-Rosolia
<input type="checkbox"/> Anti Pertosse	<input type="checkbox"/> Anti Varicella <i>per i nati dal 2017</i>

**Di esprimere il CONSENSO/DISSENSO ALLA ESECUZIONE DELLA/E SEGUENTE/I VACCINAZIONE/I RACCOMANDATA/E**, di cui abbiamo ricevuto le note informative:

Anti Rotavirus	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Pneumococco _____	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Meningococco B	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Meningococco ACWY	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Papillomavirus 9 valente	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Epatite A	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Influenzale	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso
Anti Varicella <i>per i nati prima del 2017</i>	<input type="checkbox"/> Consenso	<input type="checkbox"/> Dissenso

**FIRMA di entrambi i genitori da apporre in presenza in ambulatorio vaccinale\* o da consegnare al delegato in caso di impossibilità ad essere presenti.**

Genitore \_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (*allegare copia doc. id.*) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S./ Inf. \_\_\_\_\_

\*in assenza di uno dei due genitori, il genitore presente in ambulatorio vaccinale compilerà il modulo di autocertificazione