



Data della vaccinazione \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

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

intendo sottoporre/sottoporre mio/a figlio/a (cognome e nome)/ sottoporre la persona posta sotto mia tutela (cognome e nome)

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

alle **seguenti vaccinazioni o ciclo vaccinale:**

Dichiaro

Dichiaro che il proprio figlio/a

Dichiaro che la persona posta sotto mia tutela

1. di essere affetto da malattie febbrili o infettive in atto	Si	No
2. di essere affetto da malattie neurologiche (es. storia di convulsioni, epilessia o disturbi neurologici) se sì, quali:	Si	No
3. di aver avuto in passato precedenti malattie neurologiche successive a vaccinazioni (s. di Guillan-Barrè, neurite brachiale) se sì, quale reazione e a quale vaccino:	Si	No
4. di essere affetto da malattie del sistema immunitario (immunodeficienze, trapianti), se sì quali:	Si	No
5. di aver ricevuto trasfusioni e/o somministrazione di immunoglobuline negli ultimi 11 mesi	Si	No
6. di essere allergico a farmaci, sostanze chimiche, proteine dell'uovo, gelatine animali se sì, a quali e quale reazione:	Si	No
7. di aver avuto precedenti reazioni allergiche in seguito a somministrazione di vaccini se sì, a quale vaccino quale reazione	Si	No
8. di aver avuto in passato trombocitopenie (calo delle piastrine) successive a vaccinazioni se sì, specificare quale vaccino	Si	No
9. di assumere o di aver assunto nell'ultimo anno terapie con immunosoppressori: es. cortisonici, chemioterapici, radioterapici, farmaci biologici se si specificare quali e quando:	Si	No
10. di essere in gravidanza (per le donne in età fertile) se si specificare la settimana gestazionale:	Si	No
11. di essere affetto da altre patologie rilevanti se sì quali:	Si	No
12. di aver ricevuto vaccinazioni nell'ultimo mese, se si quali:	Si	No

Dichiaro di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute di mio figlio/a/ sullo stato di salute della persona posta sotto mia tutela.

Firma leggibile dell'interessato/esercente potestà parentale/tutore