



data: _____

| Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI: da compilare a cura del Genitore con i dati del bambino/a | |
|---|---|
| Cognome Nome _____ nato il ____/____/____ | |
| Residente a _____ CF _____ | |
| ETÀ (anni compiuti): _____ | |
| Sezione 2 - ANAMNESI PREVACCINALE: da compilare a cura del Genitore e da riesaminare insieme ai Professionisti sanitari addetti alla vaccinazione | |
| Oggi il bambino/a è in buone condizioni di salute? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Ha febbre? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? se sì, specificare: _____ _____ | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es. patologia tumorale, leucemia, linfoma, hiv/aids, trapianto) | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es. cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 2 settimane? se sì, specificare: | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| <p>Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo il bambino/a:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID-19?</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Manifesta tosse/raffreddore/ febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Manifesta dolore addominale/ diarrea?</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Ha avuto un tampone POSITIVO per COVID-19 negli ultimi 12 mesi? Se Sì, specificare quando:</p> | <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sullo stato di salute del bambino/a:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>➡ firma del Genitore _____</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Sezione 3 - RISERVATA AL MEDICO / OPERATORE SANITARIO del Centro Vaccinale</p> | |
| <p>PUÒ ESEGUIRE LA VACCINAZIONE?</p> | |
| <p></p> | <p></p> |
| <p>PERIODO DI OSSERVAZIONE DOPO LA VACCINAZIONE</p> | |
| <p>attendere 15 minuti <input type="checkbox"/> attendere 30 minuti <input type="checkbox"/> attendere 60 minuti <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Firma del medico/operatore sanitario _____</p> | |
| <p>data _____</p> | |