

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA A/H1N1v
SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE
Da compilare prima della vaccinazione

ASL/AO/IRCCS _____ REGIONE _____

INFORMAZIONI SULL'ASSISTITO

Cognome e Nome _____

nato il ___/___/___ a _____ Prov _____

Codice Fiscale o Residenza _____

Vaccinazioni alle quali intende sottoporsi:

- A/H1N1v _____
- Vaccinazione per influenza stagionale _____
- Altro _____

IL/LA VACCINANDO/A O SUO TUTORE RIFERISCE DI ESSERE A CONOSCENZA DI:

- ◆ essere in stato di gravidanza no sì
se sì, specificare la settimana di gestazione _____; se ci si trova nel I trimestre: vedere nota (1)
- ◆ avere malattie febbrili o infettive acute in atto no sì (2)
- ◆ avere altre malattie non infettive no sì
(specificare) _____
- ◆ avere avuto reazioni o eventi avversi a seguito di vaccinazioni no sì (3)
se sì, quale reazione _____ a quale vaccino _____
- ◆ aver effettuato trasfusioni e/o somministrazione di immunoglobuline negli ultimi 3 mesi no sì (3)
- ◆ aver avuto allergie ai componenti del vaccino: tiomersale – mercuriali, proteine dell'uovo no sì (3)
se sì, quali e quale reazione _____

Data _____

Firma leggibile del vaccinando o suo tutore

VISTO: l'Operatore Sanitario

- (1) situazione per la quale è consigliato rimandare la vaccinazione fino al superamento del I trimestre di gravidanza.
- (2) situazione per la quale è consigliato rimandare la vaccinazione fino a risoluzione clinica
- (3) situazione per la quale è consigliato contattare il medico curante prima dell'esecuzione della vaccinazione

In caso di reazioni avverse compilare la scheda di sospetta reazione avversa a vaccino pandemico secondo le modalità indicate sul sito web http://www.agenziafarmaco.it/allegati/scheda_vaccini.pdf