ALLEGATO 2

SST Azienda USL Toscana Centro

Presidio _____

SCHEDA ANAMNESI PREVACCINALE

Data _____ cod. fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] sesso ☐ M ☐ F peso kg ____

cognome _____ nome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

telefono _____

qualifica _____ reparto _____

	SI	NO
Oggi si sente bene?	☐	☐
Ha o ha avuto malattie importanti quali: **ASMA GRAVE** Per "asma grave" si intende instabile con utilizzo di farmaci broncodilatatori short acting >18 anni quando si presentano più episodi la settimana nonostante la terapia <18 anni in possesso di esenzione ticket per ASMA (esenzione 007) **Se SI NON procedere alla vaccinazione in ambulatorio, ma inviare all'ambiente protetto**	☐	☐
MALATTIE NEUROLOGICHE (es. epilessia, pregressa meningoencefalite) Se SI specificare che tipo di malattia _____	☐	☐
Ha mai avuto convulsioni Se SI specificare ☐ con febbre ☐ senza febbre	☐	☐
Sta assumendo farmaci antiepilettici con continuità?	☐	☐
Ha o ha avuto malattie gravi / interventi chirurgici? Se SI quali? _____	☐	☐
Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusioni o immunoglobuline? Se SI verificare tabella per i tempi	☐	☐
HA MALATTIE CON IMMUNODEFICIENZA (es. agammaglobulinemia, ipogammaglobulinemia, leucemie, linfomi, neoplasie, infezioni da HIV, trapianti d'organo, asplenia)**?** Se SI specificare che tipo di malattia _____	☐	☐
Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità per almeno 15 giorni?	☐	☐
Se SI specificare se: - CORTISONICI per via generale ad alte dosi (oltre 2 mg/kg o 20 mg/die di prednisone o equivalente)	☐	☐
- IMMUNOSOPPRESSIVI	☐	☐
- ANTINEOPLASTICI	☐	☐
- SALICILATI	☐	☐
- ANTICOAGULANTI	☐	☐
SE ASSUME ALTRI FARMACI SPECIFICARE QUALI _____	☐	☐
Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a radioterapia?	☐	☐
Ha una grave allergia all'uovo?	☐	☐
Ha una grave allergia al lattice?	☐	☐
Ha avuto in passato una grave allergia (shock anafilattico, edema della glottide, ecc.) a qualche alimento, farmaco o vaccino o a qualunque altra sostanza? **Se SI non vaccinare in ambulatorio ma inviare in ambiente protetto**	☐	☐
Ha avuto reazioni gravi dopo precedenti vaccinazioni? Se SI specificare quali reazioni _____	☐	☐
Ha avuto una sindrome di Guillain Barrè nell'ultimo anno?	☐	☐
È in gravidanza? Se SI specificare la settimana _____	☐	☐

*Firma dell'operatore sanitario _____ *Firma del medico _____

*Apporre entrambe le firme se compaiono "SI" all'anamnesi e l'operatore sanitario richiede la valutazione del medico

VACCINAZIONI ESEGUITE IN DATA ODIERNA

☐ EPATITE A	☐ DIF-TET	☐ MENING C	☐ HIB
☐ EPATITE B	☐ DIF-TET-PERT	☐ MENING ACWY CONIUGATO	☐ PNEUMO 13
☐ EPATITE A+B	☐ DIF-TET-POLIO	☐ MENING ACWY NON CONIUGATO	☐ PNEUMO 23
☐ ESAVALENTE	☐ DIF-TET-PERT- POLIO	☐ MENINGO B	☐ MPRV
☐ FEBBRE GIALLA	☐ POLIO	☐ MPR	☐ ENCEFAL. GIAPPONESE
☐ ENCEFAL. DA ZECCHE	☐ RABBIA	☐ VARICELLA	☐ TIFO ORALE
☐ TIFO INTRAMUSCOLO	☐ COLERA	☐ PAPILLOMA VIRUS	☐ Altro

TPX 2903