

SCHEDA ANAMENSTICA ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN FARMACIA CONVENZIONATA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione (in sede di prima e di seconda somministrazione, qualora prevista)

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della TABELLA il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Nome e Cognome		Data e luogo di nascita			
Codice fiscale o tessera sanitaria		Telefono			
QUESITI			SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?					
Ha febbre?					
Soffre di qualche forma allergica a lei nota (allergia al lattice, a qualche cibo, a farmaci / vaccini, sostanze chimiche ecc.)? Se sì specificare:					
Ha mai avuto una reazione <i>grave</i> dopo aver ricevuto un vaccino?					
Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi?					
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? <i>(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)</i>					
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario <i>(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi)</i> o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?					
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?					
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?					
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?					
A seguito di precedenti vaccinazioni si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche?					
Altro:					
E' in gravidanza o sta allattando?					

Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?

Data e luogo		Firma del vaccinando	
---------------------	--	-----------------------------	--