

SCHEDA ANAMNESI PREVACCINALE

Data ____/____/____

Sezione 1

Nome e Cognome _____ Nato a _____

il _____ Residente a _____

telefono _____

Sezione 2

ANAMNESI PREVACCINALE

Oggi è in buone condizioni di salute? ☐ SI ☐ NO

Ha avuto malattie nell'ultimo anno? ☐ SI ☐ NO

Prende qualcuno dei seguenti farmaci: cortisonici, immunosoppressivi, antineoplastici, anticoagulanti? ☐ SI ☐ NO

Ha avuto una grave allergia (shock anafilattico, edema della glottide, etc) a qualche alimento, farmaco o vaccino? ☐ SI ☐ NO

Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici? ☐ SI ☐ NO

Ha avuto reazioni gravi alle precedenti vaccinazioni? ☐ SI ☐ NO

Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni o immunoglobuline? ☐ SI ☐ NO

E' in gravidanza? ☐ SI ☐ NO

Firma _____

Sezione 3 (COMPILA IL MEDICO O L'ASSISTENTE SANITARIO)

Può eseguire la seguente vaccinazione? ☐ SI ☐ NO

Indicare la vaccinazione ☐ **TICOVAC 0,5 ml ADULTI** ☐ TICOVAC 0,25 ml PEDIATRICO

Note eventuali _____

Firma operatore sanitario _____