

## Anamnesi prevaccinale: dosi successive

Io/Noi sottoscritto/i .....

nato/i a ...../..... il...../.....

Genitore/i – rappresentante legale di .....

nato a ..... il.....

**intendendo/iamo sottoporre mio/nostro figlio/a alla/e vaccinazione/i:**

### Obbligatorie:

Difterite-Tetano-Pertosse  Polio  Emofilo tipo B  Epatite B  Morbillo Rosolia Parotite  , Varicella

### Raccomandate:

HPV  MNG B  MNG C  MNG ACWY  Varicella  Epatite A  Rotavirus  Pneumococco  Tifo

Encefalite da zecche

**dichiaro/iamo che nostro figlio/a presenta le seguenti condizioni cliniche:**

- Sta bene?  SI  NO
- Allergie ad alimenti, farmaci o sostanze chimiche:  SI  NO  
se si quali:.....
- Precedenti reazioni gravi in seguito a vaccinazioni:  SI  NO  
se si quali:.....
- Malattie croniche (organi e/o app., metabolismo, sangue):  SI  NO  
se si quali:.....
- Disturbi neurologici e/o convulsioni:  SI  NO
- Deficit immunitari, leucemie, neoplasie :  SI  NO
- Terapia con alte dosi di steroidi, chemioterapia o trattamenti radianti negli ultimi 3 mesi  SI  NO
- Trasfusioni di sangue o iniezioni di immunoglobuline nell'ultimo anno:  SI  NO
- Malattie infettive o somministrazione di vaccini virali vivi nell'ultimo mese:  SI  NO
- Stato di gravidanza o sospetto di gravidanza:  SI  NO

### Essendo stato/i informato/i:

Che tali condizioni possono costituire controindicazioni/precauzioni alla vaccinazione;

Che eventuali rischi connessi alla somministrazione del vaccino sono: reazioni lievi quali febbre e/o malessere, oppure gonfiore e/o arrossamento e/o dolore nel punto di iniezione; eccezionali sono reazioni gravi quali shock anafilattico, malattie dei nervi con disturbi della sensibilità e del movimento; **e dopo 5-15 giorni dalla vaccinazione MPRV/MPR anti Varicella possono comparire febbre ed esantema e tumefazione linfonodale e/o parotideea**

Che nel mese successivo alle vaccinazioni per MPRV , **MPR e anti Varicella** è opportuno evitare una gravidanza

Che è necessario sostare per 15 minuti all'interno del Servizio vaccinale per evidenziare eventuali reazioni immediate al vaccino;

**DICHIARO/IAMO di aver compreso quanto mi è stato spiegato in ordine alle condizioni cliniche di mio figlio/a e ai rischi connessi alla vaccinazione**

**DICHIARO sotto la mia responsabilità che l'altro genitore non presente condivide la scelta**

**ACCONSENTO/IAMO alla esecuzione della/e vaccinazione/i raccomandate.**

Data.....

Firma operatore sanitario

Firma/e del/i genitore/i – Rappresentante legale