

Anamnesi Pre-Vaccinale di nato a il

1) Sta bene il bambino?	SI ☐	NO ☐
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	SI ☐	NO ☐
Se si specificare		
• malattia neurologia	SI ☐	NO ☐
• Malattia con immunodeficienza	SI ☐	NO ☐
3) Ha mai avuto convulsioni?	SI ☐	NO ☐
Se si specificare		
• Con febbre	SI ☐	NO ☐
• Senza febbre	SI ☐	NO ☐
4) Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?	SI ☐	NO ☐
Se si specificare		
• Cortisonici ad alte dosi	SI ☐	NO ☐
• Antineoplastici	SI ☐	NO ☐
5) Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI ☐	NO ☐
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	SI ☐	NO ☐
7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	SI ☐	NO ☐
• Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI ☐	NO ☐
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI ☐	NO ☐
• Se sì, si è trattato di reazioni importanti? (specificare)	SI ☐	NO ☐
9) Data ultima mestruazione _____	/	/
10) Nei giorni precedenti hai avuto contatto stretto con caso probabile o confermato di COVID-19?	SI ☐	NO ☐
Firma del Genitore _____	Firma Operatore Sanitario _____	/