

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. (SPEMP) Sanità Pubblica, Epidemiologica e Medicina Preventiva
Via Amm. Staiti, 95 – Trapani
Tel. 0923543011 – Fax 092326363
Mail: epid@asptrapani.it,

**QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA BAMBINO/A
(da compilare a cura del genitore/tutore prima della vaccinazione)**
ANAMNESI PRE-VACCINALE

1. Sta bene attualmente?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
2. Ha o ha avuto malattie importanti?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare quale malattia.....		
3. Ha impianti cocleari?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
4. Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare.....		
5. Soffre di asma grave?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
6. Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se:	cortisonici ad alte dosi	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	antineoplastici	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	Antivirali	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	Salicilati	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
7. Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni o immunoglobuline?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, si è trattato di reazioni importanti? Quali?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
9. È allergico a qualche componente di alimenti o farmaci?		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se:	Gentamicina	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	Proteine dell'uovo	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	Gelatina	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
10. Nel nucleo familiare (contatti stretti) è sono presenti persone affette da grave immunodepressione (es. trapiantati)		No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

Data...../...../..... Firma Genitore

Firma Op. Sanitario.....