

**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](mailto:epid@asptrapani.it),

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

Data...../...../.....

Firma Genitore .....

Firma Op. Sanitario.....