

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**U.O.C. SPEM - U.O.S. PREVENZIONE VACCINALE**

Sede di .....

**ANAMNESI PREVACCINALE**

Data .....

Cognome ..... Nome .....

Nat. a ..... il ..... C.F. ....

Residenza ..... Tel. ....

MMG/PLS ..... Tel. ....

— **Sta bene?** SI  NO

— **È mai stato ricoverato?** NO  SI

Se si specificare:

Per immunodeficienza .....

Per patologia neurologica .....

Per altra patologia .....

— **Malattia negli ultimi 30 gg.?** SI  NO

— **Ha mai avuto convulsioni?** NO  SI  Con febbre  Senza febbre

— **Assume farmaci con continuità?** NO  SI

Antinfiammatori .....

Antibiotici .....

Antiepilettici .....

Sedativi .....

Cortisonici ad alte dosi .....

Altro ..... Da quanto tempo .....

— **Ha ricevuto trasfusioni o IgG?** NO  SI  Quanto tempo fa? .....

— **È allergico?** NO  SI   a uova .....,  antibiotici ..... (Neomicina, Kanamicina),

proteine del latte .....  Altro .....

— **Ha avuto reazioni alla precedente vaccinazione?** NO  SI

Locali .....

Generali lievi .....

Generali gravi .....

**VACCINAZIONI PROPOSTE:**

• Vaccino: ..... dose ..... Lotto .....

• Vaccino: ..... dose ..... Lotto .....

• Vaccino: ..... dose ..... Lotto .....

**FIRMA DI CHI RILASCIAM I DATI ANAMNESTICI**

**FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO**

## CONSENSO INFORMATO/DISSENSO

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ dichiara di aver letto e compreso il materiale informativo fornito e/o affisso presso il centro di vaccinazione, predisposto secondo le Linee Guida della Regione Siciliana (G.U.R.S. supp. Ord. parte I n° 47/2006 e s.m.) ed in base alle schede tecniche autorizzative della/e vaccinazioni da effettuarsi in data odierna, contenenti indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse e di aver ricevuto ulteriori informazioni dal personale sanitario preposto,

NELLA QUALITÀ DI

- padre esercente la patria potestà** \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Doc. Id. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ril. dal \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_
- madre esercente la patria potestà** \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Doc. Id. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ril. dal \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_
- rappresentante legale/tutore** \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Doc. Id. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ril. dal \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_
- \*\*\*Vaccinando maggiorenne** \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Doc. Id. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ril. dal \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che il minore \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
venga sottoposto alle seguenti vaccinazioni obbligatorie ed/o raccomandate anti:

- Difterite**     **Tetano**     **Pertosse**     **Poliomielite**     **Epatite-B**     **Haemophilus-B**  
 **Pneumococco**     **Morbillo-Parotite-Rosolia**     **Varicella**     **Meningococco ACWY<sub>135</sub>**     **Meningococco B**  
 **Epatite A**     **Tifo**     **Papillomavirus (HPV)**     **Rotavirus**     **Influenza Stagionale**     **Herpes Zoster**  
 **Antirabbica**     **Altro** \_\_\_\_\_

**RIFIUTA**

La vaccinazione \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**

- CHE IL GENITORE NON PRESENTE PER ALTRI IMPEGNI È CONSENZIENTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO SOPRAINDICATO**
- DI ESSERE GENITORE CHE ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ SEPARATAMENTE**
- \*\*\* in caso di somministrazione di vaccini vivi attenuati (MPR VAR) la sottoscritta dichiara di non essere in gravidanza e di non intraprendere una gravidanza nelle prossime 4 (quattro) settimane successive.**

**FIRMA**

**FIRMA**

.....  
.....

Autorizzo che i dati sensibili vengano utilizzati per gli usi consentiti dalla legge 196/2003 (legge sulla privacy e s.m.) ai fini sanitari.

**FIRMA**

**FIRMA**

Data e luogo \_\_\_\_\_

**FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO** \_\_\_\_\_