

Cognome e nome	Data di nascita	Data vaccinazione
VACCINI PROPOSTI		
ANTINFLUENZALI <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente - VIQ (VAXIGRIP) <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente adiuvato — VIQa (FLUAD) <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente ad alto dosaggio — VIQhd (EFLUELDA) <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente su colture cellulari — VIQcc (FLUCELVAX) <input type="checkbox"/> Vivo attenuato - LAIV - spray nasale (FLUENZ)	ANTI COVID-19 <input type="checkbox"/> Comirnaty JN.1 - 30 microgrammi/dose	ALTRI VACCINI

TRIAGE PRE-VACCINALE

In caso di minore: anamnesi raccolta dal genitore/tutore

È la prima volta che si sottopone a vaccinazione antinfluenzale?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Sta bene oggi?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
È allergica a farmaci, alimenti, lattice o altro?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, HIV?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Negli ultimi 6 mesi, ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stata sottoposta a radioterapia o dialisi?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
È mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Se donna, è in gravidanza o sta programmando una gravidanza nel prossimo mese?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o che sono sottoposte a trattamenti immunosoppressivi (es. trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Il bambino è nato prematuro? (età gestazionale inferiore alla 37° settimana) e/o di basso peso?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Il bambino ha familiarità (fratelli o genitori) per convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari genitori, fratelli, nonni?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
La madre ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Il bambino ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Note: _____		
<u>ANAMNESI COVID19 - CORRELATA</u>		
Ha sintomi sospetti COVID?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Ha mai avuto un tampone positivo per SARS-CoV-2?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Farmaco	Lotto e scadenza	Sito	Ora

CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

in relazione alla/e vaccinazione/i sopra indicata/e alla/e quale/i in data odierna

- ☐ mi sottopongo personalmente
- ☐ si sottopone mio/a figlio/a, acquisito l'assenso dell'altro genitore
- ☐ si sottopone mio/a figlio/a, per il quale esercito da solo/a la responsabilità genitoriale
- ☐ si sottopone la persona che rappresento legalmente (persona da vaccinare)
- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato di salute e sulle eventuali terapie in corso
- di aver ricevuto la possibilità di fare domande in merito alle vaccinazioni, ricevendo risposte chiare e comprensibili
- di essere stato/a informato/a rispetto ai rischi e i benefici delle vaccinazioni e a quelli che potrebbero derivare dalla mancata vaccinazione
- di essere stato/a informato/a sulla necessità di permanere in osservazione nel servizio almeno 15 minuti dopo la vaccinazione
- di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare il medico curante e seguirne le indicazioni

Esprimo, pertanto, il CONSENSO alla somministrazione della/e vaccinazione/i sopra indicata/e autorizzo il trattamento dei dati sanitari e sensibili della persona sottoposta alla vaccinazione (Reg. UE 679/2016)

Firma medico

Firma operatore sanitario

Firma dell'interessato o del
genitore/rappresentante legale
