



## SCHEDA NOTIZIE SANITARIE

COGNOME E NOME DEL MINORE \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Data Vaccinazione \_\_\_\_\_

Il minore è accompagnato da: madre  padre  altro  \_\_\_\_\_

- presentarsi all' appuntamento con il presente invito compilato nella parte sottostante e il tesserino o libretto delle vaccinazioni
- dopo la vaccinazione è necessario che il bimbo/ragazzo rimanga in sala di attesa per almeno 30 minuti per il controllo di eventuali reazioni
- i minori devono essere accompagnati da un genitore oppure da un adulto con delega comprensiva di fotocopia del documento del genitore.

### DA COMPILARE (Barrando la risposta)

IL BAMBINO/RAGAZZO STA BENE? SI NO  
Se no specificare \_\_\_\_\_

HA AVUTO MALATTIE IMPORTANTI? SI NO  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

E' AFFETTO DA MALATTIE CHE COMPORTANO CALO DELLE DIFESE IMMUNITARIE (es.calo di anticorpi...)? SI NO  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

HA MAI AVUTO CONVULSIONI O DISTURBI NEUROLOGICI? SI NO  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

NEGLI ULTIMI 3 MESI HA ASSUNTO FARMACI? SI NO  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

PRESENTA ALLERGIE AD ALIMENTI O FARMACI? SI NO  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

NELL'ULTIMO ANNO HA RICEVUTO EMOTRASFUSIONI O IMMUNOGLOBULINE? SI NO  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

HA AVUTO DISTURBI DOPO PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI VACCINO?  
Se sì specificare \_\_\_\_\_

Avendo ricevuto informazioni circa i rischi delle malattie infettive verso le quali vengono proposte le vaccinazioni e circa i possibili rischi legati alla somministrazione dei vaccini esprimo il mio consenso all'esecuzione della vaccinazione

\_\_\_\_\_ SI NO

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale (in accordo con l'altro genitore)

\_\_\_\_\_