



SCHEDA ANAMNESTICA PRE VACCINALE PEDIATRIA

Vaccinazione/i: _____

Il sottoscritto _____ nato il _____ <i>(cognome e nome del padre)</i>		
la sottoscritta _____ nata il _____ <i>(cognome e nome della madre)</i>		
Genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di _____ <i>(cognome e nome del figlio)</i>		
nato/a a _____ il _____		
Dichiarano che il/la figlio/a (Domande 1-2-3-4 solo per il/la bambino/a dei primi sei mesi di vita):		
1. E' nato prematuro e/o di basso peso	Sì	No
2. _____ Ha avuto una invaginazione intestinale o è affetto da una malformazione congenita non corretta del tratto gastrointestinale che potrebbe predisporre all'invaginazione intestinale	Sì	No
3. E' nato da madre che ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento	Sì	No
4. Ha familiari (fratelli, genitori o nonni) con immunodeficienza congenita	Sì	No
5. Ha malattie in atto Se sì, specificare	Sì	No
6. Ha malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV) o vive con persone con queste malattie Se sì, specificare	Sì	No
7. Ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali nell'ultimo anno Se sì, specificare	Sì	No
8. Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci con continuità (in particolare immunosoppressori) o è stato sottoposto a radioterapia o dialisi Se sì, specificare	Sì	No
9. Ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi Se sì, specificare	Sì	No
10. Ha avuto (o hanno avuto i genitori o i fratelli) convulsioni febbrili, epilessia o disturbi neurologici Se sì, specificare	Sì	No
11. Ha manifestato allergia a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze Se sì, specificare	Sì	No
12. Ha avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino Se sì, specificare	Sì	No
13. E' stato sottoposto ad interventi chirurgici Se sì, specificare	Sì	No
14. Ha una gravidanza in atto (solo per le femmine in età fertile)	Sì	No
NOTE.....		

FIRMA DEI GENITORI Padre _____ Madre _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (*allegare copia doc. id.*) _____

Condizioni sanitarie idonee alla vaccinazione: Sì No

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S. / Inf. _____

1 Dichiarano di aver ricevuto tutte le informazioni relative al trattamento proposto, ai possibili rischi e complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie), alle possibili conseguenze causate dalla mancata esecuzione della/e vaccinazione/i proposta/e, di aver ben compreso le informazioni che sono state fornite e di aver ricevuto risposta alla richiesta di chiarimenti. Riferiscono di essere stati informati della necessità di trattarsi nel Servizio per 30 minuti dopo la vaccinazione. Dichiarano inoltre di essere stati informati delle conseguenze derivate dal rifiuto all'esecuzione di tale atto.

0 Dichiarano inoltre di acconsentire alla esecuzione, nella stessa seduta, della/e vaccinazione/i raccomandata/e

FIRMA DEI GENITORI Padre _____ Madre _____

FIRMA del delegato _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (allegare copia doc. id.) _____

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S. / Inf. _____

0 Nonostante l'informazione ricevuta non aderiscono alla/e vaccinazione/i

FIRMA DEI GENITORI Padre _____ Madre _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (allegare copia doc. id.) _____

0 I genitori ricevono le informazioni relative al trattamento previsto, ma non sottoscrivono il presente modulo

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S. / Inf. _____

DELEGA

I sottoscritti

Padre: Cognome _____ Nome _____

Madre: Cognome _____ Nome _____

Tutore: Cognome _____ Nome _____

Genitori/ Tutore di

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

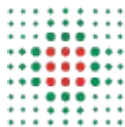
DELEGANO il/la Sig./ra _____

ad accompagnare il proprio figlio/a all'ambulatorio vaccinale per essere sottoposto alle vaccinazioni previste.

Il delegato deve presentarsi munito **del proprio documento d'identità e di fotocopia del documento di identità del delegante** (carta d'identità, patente, passaporto o permesso di soggiorno)

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Data _____



АНАМНЕСТИЧНА КАРТА ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ВАКЦИНАЦІЇ Педіатричне відділення

Вакцинація/і: _____

Нижчепідписаний _____ <small>(прізвище та ім'я батька)</small>	Дата народження _____
Нижчепідписана _____ <small>(прізвище та ім'я матері)</small>	Дата народження _____
Батьки/носії батьківських прав/опікун/піклувальник _____ <small>(прізвище та ім'я дитини)</small>	
Місце народження _____	
Дата народження _____	
Заявляють, що їхня дитина (Пункти 1-2-3-4 стосуються лише для дітей віком до 6 місяців):	
1. Народилась недоношеною та/або з низькою вагою	Так Ні
2. Мала інвагінацію кишківника або страждає від невідкоригованої вродженої вади шлунково-кишкового тракту, яка може давати схильність до інвагінації кишківника	Так Ні
3. Народилась від матері, що отримувала імуносупресивну терапію під час вагітності або грудного вигодування	Так Ні
4. Має родичів (брати або сестри, батьки, дідусь або бабуся) з вродженим імунодефіцитом	Так Ні
5. Має на даний час хворобу Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
6. Має хворобу, що знижує імунітет (наприклад, лейкемія, пухлини, ВІЛ) або живе з особами, що мають ці хвороби. Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
6. Отримала переливання крові, похідних крові або імуноглобулінів або противірусні препарати протягом останнього року Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
8. Протягом останніх 6 місяців регулярно приймала лікарські препарати (зокрема, імуносупресанти) або отримувала радіотерапію чи діаліз Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
9. Мала рецидивуючі, стійкі або важкі інфекції Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
10. Мала (або мали батьки або брати та сестри) гарячкові судоми, епілепсію або неврологічні розлади Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
11. Мала прояви алергії на ліки, їжу, латекс або інші речовини Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
12. Мала важкі реакції на попередню дозу вакцини Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
13. Перенесла хірургічне втручання Якщо так , вкажіть _____	Так Ні
14. Є вагітною (лише для дівчат дітородного віку)	Так Ні
ПРИМІТКА.....	

ПІДПИСИ БАТЬКІВ Батько _____ Матір _____
ПІДПИС носія батьківських прав/опікуна/піклувальника (прикріпити копію документа, що посвідчує особу)

Стан здоров'я, придатний для вакцинації: Так Ні

Дата _____ ПІДПИС та печатка лікаря або фельдшера/медсестри _____

1 Заявляють, що отримали всю інформацію стосовно запропонованої медичної процедури, можливих ризиків і ускладнень (в тому числі, щодо можливих інших супутніх патологій) та наслідків, зумовлених невиконанням запропонованої вакцинації/ї, що вони добре зрозуміли надану інформацію і отримали роз'яснення по всіх своїх питаннях. Підтверджують, що їм було повідомлено про необхідність перебування у закладі протягом 30 хвилин після виконання щеплення. Заявляють також, що були поінформовані про наслідки невиконання цієї вимоги.

0 Заявляють, що погоджуються на виконання рекомендованої/их вакцинації/ї під час цього прийому.
.....

ПІДПИСИ БАТЬКІВ Батько _____ Матір _____

ПІДПИС представника _____

ПІДПИС носія батьківських прав/опікуна/піклувальника (прикріпити копію документа, що посвідчує особу) _____

Дата _____ **ПІДПИС та печатка лікаря або фельдшера/медсестри**

0 Незважаючи на отриману інформацію, не погодились на вакцинацію/ї

ПІДПИСИ БАТЬКІВ Батько _____ Матір _____

ПІДПИС носія батьківських прав/опікуна/піклувальника (прикріпити копію документа, що посвідчує особу) _____

0 Батьки отримали інформацію стосовно передбаченої медичної процедури, але не підписали дану форму

Дата _____ **ПІДПИС та печатка лікаря або фельдшера/медсестри**

ДОВІРЕНІСТЬ

Нижчепідписані

Батько: Прізвище _____ Ім'я _____

Мати: Прізвище _____ Ім'я _____

Опікун: Прізвище _____ Ім'я _____

Батьки/ Опікун дитини:

Прізвище _____ Ім'я _____

Місце народження _____ Дата народження _____

ДОРУЧАЮТЬ пану/пані _____

Супроводити свою дитину до пункту вакцинації для здійснення передбаченого щеплення.

Довірена особа повинна мати при собі своє посвідчення особи та копію посвідчення особи довірителя (посвідчення особи, водійські права, паспорт або посвідка на проживання)

Підпис батька _____ Підпис матері _____

Дата _____