



ANAMNESI E CONSENSO ALLE VACCINAZIONI

Cognome e Nome _____ nato il _____

a _____ residente a _____ Tel. _____

- Sta bene oggi? sì no

- Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni? sì no

Quali? _____

- E' allergico ad antibiotici, uova o altre sostanze? (esclusi pollini, polveri ed animali) sì no

Quali? _____

- Ha malattie come un tumore, leucemia, infezione da HIV/AIDS? sì no

Quali? _____

- Prende immunosoppressori, farmaci biologici, cortisone ad alte dosi? sì no

Cosa? _____

- Sta facendo radioterapia, chemioterapia o altri trattamenti immunosoppressivi? sì no

Cosa? _____

- Ha malattie croniche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, epatiche? sì no

Quali? _____

- E' in gravidanza? sì _____^a settimana no

PRENDE ATTO:

- di dovere aspettare almeno 15 minuti dalla vaccinazione prima di andarsene

- di dovere evitare una gravidanza per 1 mese (solo in caso di somministrazione di vaccino con virus vivi)

Data

Firma del vaccinando

VACCINI DA SOMMINISTRARE: _____

Categoria _____

Pagamento Sì NO

Il medico

Il vaccinatore

АНАМНЕЗ ТА ЗГОДА НА ВАКЦИНАЦІЮ

Прізвище та ім'я _____ народився
(лась) _____ проживає
_____ Тел. _____

- Ваш стан здоров'я? так ні

- Чи були у вас реакції на попередні щеплення? так ні

Які саме?

- Чи маєте ви алергії на антибіотики, чи інші речовини? (крім пилку та тварин)
так ні

Які саме?

- Наявність онкозахворювань таких як: рак, лейкемія, ВІЛ/СНІД т.і.? так ні

Які саме?

- Ви приймаєте імунодепресанти, біопрепарати, кортизон у високих дозах? так ні

Що саме?

- Чи проходите ви променеву терапію, хіміотерапію чи інші імуносупресивні методи лікування? так ні

Які саме? _____

- Чи є у вас хронічні, метаболічні, серцеві, дихальні, ниркові, печінкові захворювання? так ні

Які саме?

- Ви вагітні? _____ так ні

ПРИМІТКА: 1) після вакцинації потрібно почекати щонайменше 15 хвилин перед виходом з амбулаторії

2) уникати вагітності протягом 1 місяця (тільки у разі введення живої вірусної вакцини)

Дата _____

Підпис _____

ВАКЦИНИ, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ВВЕДЕННЮ: _____

Категорія _____

Оплата так ні

Пацієнт _____

Лікар _____