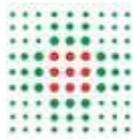


**SI ALLONTANA PRIMA
DEL TEMPO INDICATO**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Sorveglianza Sanitaria e Promozione della salute dei lavoratori

SCHEDA PER TRIAGE PRE-VACCINALE E CONSENSO INFORMATO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ C.F. _____

Comune di residenza _____ Comune di Domicilio _____

Telefono _____

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

	No	Sì
Attualmente ha la febbre?		
Attualmente è malato o ha avuto malattie infettive di recente? <i>Specificare</i>		
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? <i>Specificare</i>		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? <i>Specificare</i>		
Soffre di malattie neurologiche (epilessia, convulsioni, neuropatie, polineuropatie, sindrome di Guillain-Barrè, etc...)? <i>Specificare</i>		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? <i>Specificare</i>		
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: tumori, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, insufficienza epatica o renale)		
Soffre di disturbi della coagulazione? <i>Specificare</i>		
Soffre di patologie tumorali? <i>Specificare</i>		
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es.: cortisone, prednisone o altri steroidi, farmaci biologici, farmaci antirigetto) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? <i>Specificare</i>		
Ha effettuato trasfusioni e/o somministrazione di immunoglobuline negli ultimi 12 mesi?		
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? <i>Specificare</i>		
Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo: _____		

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE		
È attualmente in gravidanza? <i>Specificare la settimana</i>		
Sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla vaccinazione?		

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

DICHIARA

- ✓ di aver fornito informazioni vere, corrette e dettagliate;
- ✓ di avere letto la nota informativa relativa al/i vaccino/i proposto/i disponibile sul portale Internet aziendale <https://www.aou.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/5469>
- ✓ di essere stato/a informato/a rispetto ai benefici e ai possibili rischi della/e vaccinazione/i nonché sulle conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia;
- ✓ di aver avuto risposta alle richieste di chiarimenti;
- ✓ di essere stato/a informato/a della necessità di evitare l'assunzione di aspirina o salicilati per 6 settimane dopo la somministrazione del vaccino antivaricella o MPRV, per la possibile comparsa di sindrome di Reye;
- ✓ di essere stato/a informato/a della necessità di aspettare in sala d'attesa 15 minuti 30 minuti 60 minuti dopo la vaccinazione oppure della necessità di effettuare la vaccinazione in ambiente protetto;
- ✓ di essere stato/a informato/a che per ulteriori informazioni posso rivolgermi al Servizio di Sorveglianza Sanitaria Aziendale (sorveglianza.san@aou.mo.it) e in caso di eventuali eventi avversi sarà mia responsabilità informare medico curante e seguirne le indicazioni.

SOLO PER DONNE IN ETA' FERTILE

di essere stata informata sulla necessità di evitare la gravidanza nel mese successivo alla vaccinazione anti varicella, anti morbillo-parotite-rosolia.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'effettuazione delle seguenti vaccinazioni che mi sono state proposte e sotto indicate:

ANTI EPATITE B

ANTI DIFTO-TETANO-PERTOSSE

ANTI MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

ANTI MENINGOCOCCO ACWY

ANTI VARICELLA

ALTRO _____

Data _____

Firma _____

RISERVATO ALL'EQUIPE VACCINALE

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

La somministrazione del/i seguente/i vaccino/i:

VACCINO	SEDE INOCULO	LOTTO E SCADENZA	DOSE	DATA DI SOMMINISTRAZIONE

Data	Firma del somministratore	Firma del medico