

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
TRIAGE PREVACCINALE

Nome e Cognome:	Telefono:		
Anamnesi		SI	NO
Ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale nella stagione precedente o comunque in precedenza?			
Oggi sta bene?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie (anafilassi) a qualche alimento, farmaco?			
Ha mai avuto una reazione grave (anafilassi, sindrome di Guillan Barrè) dopo aver ricevuto il vaccino antinfluenzale?			

Firma (per esteso leggibile)

Data