

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE TRIAGE PREVACCINALE

(da compilare da parte di soggetti con età superiore ai 18 anni a cui sia già stata somministrata una dose di vaccino antinfluenzale)

Nome e Cognome:	Telefono:	
Anamnesi	SI	NO
Attualmente è malato?		
Ha febbre?		
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? Se sì, specificare:		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? Se sì, specificare:		
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? Se sì, specificare:		
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? Se sì, specificare:		
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? Se sì, specificare:		
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? Se sì, specificare:		
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?		
Per le donne: è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?		

Se si risponde a tutto NO allora il soggetto è idoneo a ricevere la vaccinazione in farmacia

Firma (per esteso leggibile)

Data