

Il vaccino antinfluenzale è un vaccino indicato per tutte le persone che hanno malattie, oltre che per persone anziane e per altre categorie.

Di seguito vi chiediamo di compilare il modulo e di consegnarlo il giorno della vaccinazione

Vaccinazione anti influenzale – Scheda Anamnestica

Sig.ra:.....
 nata il

Oggi sta bene ?

Ha avuto o ha malattie importanti ?

Se sì, quali?

Se sì, specificare se: Malattia neurologica

Se sì, specificare se: Malattia per immunodeficienza.....

Assume farmaci con continuità come cortisonici ad alte dosi.....	SI	NO
antineoplastici.....		

E' allergico a qualche alimento, farmaco?	SI	NO
Se sì, a quale componente?		

Ha avuto reazioni dopo qualche vaccinazione ?		
Se sì, a quale vaccino.....	SI	NO

Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni antinfluenzali

Se sì, specificare se: reazioni locali.....

Se sì, specificare se: reazioni generali lievi.....

Se sì, specificare se: reazioni generali gravi.....

ANAMNESI COVID19 – CORRELATA

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 (positiva a Sars-Cov2) o affetta da COVID-19?	SI	NO
--	----	----

Manifesta uno dei seguenti sintomi: raffreddore, tosse, mal di gola, perdita dell'olfatto o del gusto, dolore addominale/diarrea, lividi anomali o sanguinamento/arrossamento agli occhi?	SI	No
---	----	----

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver fornito le informazioni necessarie per la anamnesi pre-vaccinale e di avere avuto le informazioni necessarie per la vaccinazione antinfluenzale e pertanto

acconsento ad essere sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale.

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere letto e compreso l'informativa ex art 13 del DLgs 196/2003 (codice privacy) e acconsento liberamente al complessivo trattamento dei dati sensibili necessario per l'attività di vaccinazione ed al rilascio del certificato di vaccinazione.

Data.....Firma del vaccinando