

Scheda anamnestica e consenso alla vaccinazione antinfluenzale e antipneumococco

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ___/___/_____

Vaccino antinfluenzale Vaccino antipneumococco

1) Oggi ha la febbre o un disturbo importante, anche senza febbre?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì (specificare) _____
2) Ha già fatto la vaccinazione antinfluenzale in passato?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Se sì, ha avuto dei disturbi dopo la vaccinazione?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì (specificare) _____
3) Ha avuto gravi allergie dopo aver mangiato le uova o dopo assunzione di farmaci?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì (specificare) _____
4) Ha subito ricoveri o è stato in cura per problemi neurologici ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì (specificare) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a sui benefici e sui possibili effetti della vaccinazione antinfluenzale/vaccinazione antipneumococco e di aver avuto la possibilità di fare domande a cui sono state fornite risposte esaurienti. Pertanto chiedo di essere sottoposto/a al Vaccino antinfluenzale Vaccino antipneumococco

Data ___/___/_____ Firma _____

Eventuali note a cura dell'operatore sanitario

Barrare nel caso in cui l'interessato non sia in grado di firmare

Altre note:

Firma dell'operatore sanitario _____