



DELEGA VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Anamnesi Pre-Vaccinale di nato a il

1) Sta bene il bambino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si specificare		
• malattia neurologia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattia con immunodeficienza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) Ha mai avuto convulsioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si specificare		
• Con febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Senza febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si specificare		
• Cortisonici ad alte dosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Antineoplastici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se si, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se si, si è trattato di reazioni importanti? (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9) Data ultima mestruazione	/ /	/ /
10) Nei giorni precedenti hai avuto contatto stretto con caso probabile o confermato di COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Firma del Genitore	Firma Operatore Sanitario	

CONSENSO INFORMATO Anti-HPV e Anti-MEN (a,b,c,y,w135)

Il sottoscritto nato a il

GENITORE DI

Cognome Nome nato a

il Residente Cell.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

La somministrazione del vaccino Anti-HPV Anti-Meningo B Anti-Menigo a,c,y,w

N.B. Far pervenire questo stampato compilato al Servizio Vaccinazioni anche in caso di dissenso

Data

Firma del genitore