

**ASL Bari****PugliaSalute**

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI BARI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SISP AREA SUD

AMBULATORIO VACCINALE DI MOLA DI BARI

DATA _____

	COGNOME (bambino/a)	NOME	Data di nascita	
1	Sta bene oggi il bambino?		NO	SI
2	Ha mai avuto malattie importanti?		NO	SI
	Se si specificare: Malattia neurologica		NO	SI
	Malattia neoplastica		NO	SI
	Malattia del sistema immunitario		NO	SI
3	Ha mai avuto convulsioni?		NO	SI
	Se si specificare con febbre?		NO	SI
	Convulsioni senza febbre		NO	SI
4	Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?		NO	SI
	Se si specificare: Cortisonici alto dosaggio o altri immunodepressori		NO	SI
	Acido acetilsalicilico (aspirina)		NO	SI
	Antineoplastici		NO	SI
5	Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?		NO	SI
6	Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (es. trasfusione o Ig)		NO	SI
7	E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?		NO	SI
	Se si specificare se trattasi di un vaccino (o di un suo componente)		NO	SI
8	E' in gravidanza?		NO	SI
9	Ha mai avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?		NO	SI
	Se si specificare quali:		NO	SI
10	Altro:			

Firma dell'operatore sanitario

Firma del vaccinando o del genitore



Le prestazioni si eseguono solo ed esclusivamente di Martedì dalle 16.00 -18.00, presso gli ambulatori e/o telefonicamente TEL. 080.4717730

Presentarsi all'appuntamento con scheda anamnestica compilata (vedi retro) e il libretto delle vaccinazioni.

☐ DTaP-HBV-IPV-Hib	☐ Pneumococco	☐ Meningo B	☐ Meningo C
☐ Meningo ACWY	☐ MPRV/MPR	☐ DTaP-IPV	☐ Epatite A
☐ Epatite B	☐ Rotavirus	☐ HPV	☐ dTPa-IPV
☐ VARICELLA	☐ Herpes ZOSTER		

Dopo la vaccinazione è necessario che il bimbo/ragazzo rimanga in sala di attesa per 15 minuti. per il controllo di eventuali reazioni

CONSENSO INFORMATIVO ALLA VACCINAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____

il _____

in relazione alle vaccinazioni su indicate e contrassegnate mi sottopongo personalmente / sottopongo mio figlio/a / sottopone la persona che rappresento

legalmente _____

nato a _____ il _____ (dati persona da vaccinare).

DICHIARO

- o di aver avuto informazioni sulle malattie da prevenire, sulle caratteristiche dei vaccini impiegati e sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione sopra indicata e anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo messo a disposizione della ASL;
- o di aver ricevuto informazioni sui motivi che consigliano il trattamento vaccinale proposto e le conseguenze sulla mia salute e/o sulla salute della persona che rappresento, in caso di rifiuto;
- o di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento relativamente alla/alte malattie da prevenire, caratteristiche del vaccino impiegato, benefici e potenziali rischi e complicanze della vaccinazione sopra indicata;
- o di aver fornito correttamente le informazioni dello stato attuale di salute mio/di mio figlio/ o della persona che rappresento legalmente;
- o di essere stato informato che in base all'anamnesi relativa alla mia salute/la salute della persona che rappresento. Non ci sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti dei/dei vaccini proposti.

PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALLA/ALLE VACCINAZIONI SOPRA INDICATE

FIRMA LEGGIBILE DELL'INTERESSATO O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE INTERESSATO

NOME E FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO

DELEGA (da compilare solo in caso di delega)

Si delega il Sig./a _____

(munito di documento di riconoscimento) ad accompagnare il minore

Data _____

il genitore _____

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SISP AREA SUD

sede C.da La Russa - San Michele in Monte Laureto Cap 70017

PUTIGNANO

Telefono: 080 40 50 259

PEC: sispsud.aslbari@pec.rupar.puglia.it



REGIONE
PUGLIA