ALL. 2



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

MODULO MINORI

MODULO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL PAPILLOMAVIRUS
ANAMNESI PREVACCINALE

Dati del vaccinando

Cognome..... Nome.....

Nat_ a..... il ...../...../..... CF.....

Residenza.....Tel .....

MMG/PLS..... Tel .....

- **Sta bene?** Si ☐ No ☐
- **È stato ricoverato?** No ☐ Si ☐

  Se si specificare: Per immunodeficienza? .....

  Per patologia neurologica?.....

  Per altra patologia? .....

- **Malattie negli ultimi 30 gg.?** Si.☐ ..... No☐
- **Ha mai avuto convulsioni?** No ☐ Si ☐ Con febbre ☐ Senza febbre ☐
- **Assume farmaci con continuità?** No ☐ Si ☐

  Antinfiammatori ..... Antibiotici .....

  Antiepilettici .....Sedativi .....

- **Cortisonici** ....Altro ..... Da quanto tempo? .....
- **Ha ricevuto trasfusioni o IgG?** No ☐ Si ☐ Quanto tempo fa? .....
- **È allergico?** No ☐ Si ☐ ..... antibiotici (neomicina, kanamicina,) proteine del latte.....Altro.....
- **Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni?** No ☐ Si ☐

  Locali .....

  Generali lievi .....

  Generali gravi .....

Ha effettuato vaccinazioni nei precedenti 15 giorni? No ☐ Si ☐

- Vaccino .....

Firma del/i genitori/tutori/affidatari

.....

.....

Firma del medico

.....