

	REGIONE ABRUZZO – ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI Via dei Vestini snc (Palazzina N) – 66100 Chieti - (P.IVA 02307130696 – LR 05/2008) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.C. Servizio Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica	Campagna antinfluenzale/antiCovid Stagione 2024/2025
	CONSENSO INFORMATO ADULTO/ TRIAGE VACCINALE	Allegato 7 Pagina 2 di 2

TRIAGE PREVACCINALE (ANAMNESI STANDARDIZZATA)

Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, ad altre sostanze o ai componenti del vaccino?	SI	NO	NON SO
Se si specificare:			
Hai mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	NO	NON SO
Soffre di malattie cardiache o polmonari , asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?	SI	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	NO	NON SO
Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone, o altri steroidi) o farmaci anti tumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SI	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline o farmaci anti virali?	SI	NO	NON SO
Ha avuto disturbi neurologici, epilessia, o convulsioni?	SI	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	SI	NO	NON SO
Se sì, quale/i?			
Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avviare una gravidanza nel mese successivo alla somministrazione?	SI	NO	NON SO
Per le donne: sta allattando?	SI	NO	NON SO
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	SI	NO	NON SO

SOLO PER LE VACCINAZIONI ANTICOVID 19

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID 19?	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese ha fatto qualche viaggio internazionale?	SI	NO	NON SO
Recentemente si è ammalato di COVID?	SI	NO	NON SO
Se sì quanto tempo fa?			
Ha già ricevuto il vaccino anti COVID 19?	SI	NO	NON SO
Se sì quanto tempo fa ha ricevuto l'ultima dose?			

Osservazioni: _____

Firma utente

Firma Operatore Sanitario
