



ASL Bari

PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA
PROVINCIA DI BARI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SISP AREA SUD

Ambulatorio di CASTELLANA GROTTA - CAP 70013

Via F. Valente, 2

Tel. 0804050082

AMBULATORIO VACCINALE DI CASTELLANA GROTTA

DATA PRENOTAZIONE

ORE.....

	COGNOME (vaccinando)	NOME	Data di nascita	
1	Sta bene oggi (bambino / adulto)		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	(Se trattasi di donna) è 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

Per disdette, prenotazioni e informazioni rivolgersi solo telefonicamente il giovedì dalle h.11.30 alle h. 13.30 al seguente numero 080-4050082

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

<input type="checkbox"/> DTaP- HBV-IPV-Hib	<input type="checkbox"/> Pneumococco	<input type="checkbox"/> Meningo B	<input type="checkbox"/> VARICELLA
<input type="checkbox"/> Meningo ACWY	<input type="checkbox"/> MPRV/ MPR	<input type="checkbox"/> DTaP-IPV	<input type="checkbox"/> Epatite A
<input type="checkbox"/> Epatite B	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> dTPa- IPV
<input type="checkbox"/> Herpes ZOSTER	<input type="checkbox"/>		

Dopo la vaccinazione è necessario che il vaccinando rimanga in sala di attesa per 15 minuti, per il controllo di eventuali reazioni

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 In relazione alle vaccinazioni su indicate e contrassegnate e alle quali in data odierna mi sottopongo personalmente / sottopongo mio figlio/a /
 sottopone la persona che rappresento legalmente _____ nato a _____
 il _____ (dati persona da vaccinare)

DICHIARO

- di aver ricevuto 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;
- 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;
- di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento relativamente alla/alle malattie da prevenire, caratteristiche del vaccino impiegato, benefici e potenziali rischi e complicanze della vaccinazione sopra indicata;
- di aver fornito correttamente le informazioni sullo stato attuale di salute mio/ di mio figlio/ o della persona che rappresento legalmente;
- 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 del/dei vaccini proposti.

PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALLA /ALLE VACCINAZIONI SOPRA INDICATE

FIRMA LEGGIBILE DELL'INTERESSATO/ DEL GENITORE O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

NOME E FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO

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**