

Azienda per l'Assistenza Sanitaria

n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone

C.F. e P.I. 01772890933 – PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it

DELEGA

DA COMPILARE SOLO SE IL MINORENNE NON È ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE

Il sottoscritto.....
genitore del minorenato il,
consapevole ed informato dei vantaggi e dei potenziali rischi delle vaccinazioni,

AUTORIZZA

Il/la Sig./sig.ra.....
ad accompagnare il proprio/a figlio/a presso il Servizio Vaccinazioni del Dipartimento di Prevenzione per
effettuare le seguenti vaccinazioni:
.....
.....

Luogo –data

Firma del genitore

.....

VEDI RETRO →

Azienda per l'Assistenza Sanitaria

n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone

C.F. e P.I. 01772890933 – PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it

Distretto di
Servizio vaccinazioni - Tel

DATA _____

Cognome e Nome

Data di nascita

1) Sta bene oggi?

SI

NO

2) Ha avuto malattie importanti?

SI

NO

Se si, specificare: malattia neurologica

(Quale? _____)

SI

NO

malattia con immunodeficienza

(Quale? _____)

SI

NO

3) Ha mai avuto convulsioni?

SI

NO

Se si, specificare se: con febbre senza febbre

4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?

SI

NO

Se si, specificare se CORTISONICI

SI

NO

Se si, indicare farmaco e dosi _____

ANTINEOPLASTICI

SI

NO

Se si, indicare farmaco e dosi _____

5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante?

SI

NO

6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?

SI

NO

7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?

SI

NO

Se si, indicare quali: _____

8) E' in gravidanza?

SI

NO

9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?

SI

NO

Se si, si è trattato di reazioni importanti?

SI

NO

Se si, specificare:
