



- Varese  
 Cittiglio  
 Tradate

**ANAMNESI PREVACCINALE IN AMBITO OSTETRICO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Gravida alla \_\_\_\_\_ settimane gestazionali  
 Puerpera in \_\_\_\_\_ giornata postpartum, con sierologia per rosolia: IgG negative/dubbie; IgM negative del \_\_\_\_\_ Anamnesi per varicella:  positiva  negativa  incerta

Difficoltà linguistiche  NO  SI Modalità di superamento: \_\_\_\_\_

Oggi sta bene?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nei giorni scorsi ha manifestato malattie febbrili o infettive in fase acuta? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto pregresse patologie e/o ricoveri? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha manifestato reazioni allergiche a uova, antibiotici, gelatina, lievito, lattice, altro? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Soffre o ha mai sofferto di malattie quali: convulsioni, insufficienza renale, cardiopatie, malattie correlabili a immunodeficienza, infezioni da HIV/AIDS, trombocitopenia o malattie emorragiche, malattie tumorali, malattie neurologiche, disfunzioni timiche, altre malattie? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assume o ha assunto negli ultimi mesi farmaci con continuità? Se sì specificare quali: Cortisonici <input type="checkbox"/> Antibiotici <input type="checkbox"/> Antiepilettici <input type="checkbox"/> Antinfiammatori <input type="checkbox"/> Antineoplastici <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto episodi lipotimici? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto emotrasfusioni, derivati del sangue o immunoglobuline nell'ultimo anno? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha eseguito altre vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni o eventi avversi dopo le precedenti vaccinazioni? Specificare: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Controindicazioni all'esecuzione del vaccino:  **DTPa**  **Antinfluenzale**  **MPR**  **MPRV**  
 NO  SI \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma del Medico: \_\_\_\_\_