

PEDIATRIA DI GRUPPO DI BOLLATE/BARANZATE
via Silvio Pellico 11/A - 20021 Bollate MI

SCHEDA ANAMNESTICA E CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
CON VACCINO SPRAY NASALE FLUENZ STAGIONE 2024/2025

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Assistito del dr./dr.ssa (barrare la casellina del proprio pediatra):

AMMAN Francesca BIGALLI Lucia BRIVIO Luca LOVALLO Maria Teresa NUGNES Martina

SCHEDA ANAMNESTICA	DOSE 1 o UNICA		DOSE 2	
	SI'	NO	SI'	NO
DOMANDA				
Il bambino ha la febbre oggi o un disturbo importante anche senza febbre?				
Il bambino in passato ha avuto reazioni gravi dopo la vaccinazione anti-influenzale? *				
Il bambino è allergico all'uovo o alle proteine del pollo?				
Il bambino è allergico ad uno degli eccipienti (gentamicina o gelatina porcina)?				
Il bambino o il genitore/accompagnatore sono in isolamento/quarantena per COVID-19?				
Il bambino è affetto da immunodepressione o assume cortisonici per via sistemica?				
Il bambino è affetto da asma grave?				
Il bambino ha assunto farmaci broncodilatatori nelle ultime 72 ore?				
Il bambino assume salicilati (es.: Aspirina)?				
Il bambino ha assunto farmaci anti-virali contro l'influenza nelle ultime 48 ore?				
Il bambino è stato sottoposto a vaccinazione contro MPRV nell'ultimo mese?				
Il bambino convive o ha contatti stretti con soggetti immunodepressi?				

- lasciare in bianco se mai vaccinato prima contro l'influenza

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sui benefici e sui possibili rischi della vaccinazione anti-influenzale e di aver avuto la possibilità di fare domande a cui sono state fornite risposte esaurienti. E' consapevole di doversi trattenere in studio per almeno 30 minuti dopo la vaccinazione. Inoltre dichiara di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore che - impossibilitato a presenziare in data odierna - è stato dal sottoscritto personalmente informato in merito all'esecuzione della procedura vaccinale. Pertanto chiede che il proprio figlio sia sottoposto alla vaccinazione anti-influenzale in dose unica o doppia secondo i protocolli vigenti.

1ª DOSE o DOSE UNICA - Bollate, ___/___/_____

Firma del genitore (o accompagnatore munito di delega allegata)

Firma dell'operatore sanitario

2ª DOSE - Bollate, ___/___/_____

Firma del genitore (o accompagnatore munito di delega allegata)

Firma dell'operatore sanitario