

**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 2025/2026**

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

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

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

AMMAN Francesca     BRIVIO Luca     LOVALLO Maria Teresa     NUGNES Martina     PAGLIATO Emanuela

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 antinfluenzale? *				
Il bambino ha mai avuto gravi reazioni allergiche all'uovo o alle sue proteine?				
Il bambino ha mai avuto gravi reazioni ad uno degli eccipienti qui sottoelencati? - gentamicina, saccarosio, fosfato dipotassico, diidrogenofosfato di potassio, gelatina, arginina cloridrato, glutammato monosodico monoidrato				
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 antivirali 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 antinfluenzale e di aver avuto la possibilità di fare domande a cui sono state fornite risposte esaurienti. È consapevole di doversi trattenere in studio per almeno 15 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