





**VACCINAZIONE ANTI HERPES ZOSTER - TRIAGE PREVACCINALE**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e cognome: .....		Telefono: .....		
Data e luogo di nascita: .....		.....		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Presenta una delle seguenti condizioni: Linfomi – Leucemia (Acuta o Cronica) Altre Patologie del Midollo Osseo o del Sistema Linfatico, Immunodepressione, Infezione Da HIV/AIDS – Trapianti di Midollo Osseo o di Organo Solido, Deficienze Immunitarie Cellulari (se sì, quale):				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Ha allergie manifestate con: <input type="checkbox"/> shock anafilattico <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> edema della glottide <input type="checkbox"/> orticaria generalizzata entro 4h <input type="checkbox"/> dopo esposizione a sostanze note non contenute nel vaccino o a sostanze non note <b>[OSSERVAZIONE DI 60 MIN.]</b> <input type="checkbox"/> dopo somministrazione di un altro vaccino <b>[INVIO IN AMBIENTE PROTETTO]</b> <input type="checkbox"/> a sostanze note contenute nel vaccino <input type="checkbox"/> altro				
Soffre di asma persistente grave (non controllato dalla terapia o in trattamento con alte dosi di corticosteroidi) <b>[INVIO IN AMBIENTE PROTETTO]</b>				
Sta assumendo o ha assunto di recente farmaci che immunodeprimono come corticosteroidi ad alto dosaggio o antineoplastici / immunosoppressori / farmaci biologici (-IMAB)/terapia radiante/immunoglobuline				
Ha effettuato altre vaccinazioni nell'ultimo mese				
Ha avuto convulsioni o malattie neurologiche (tipo Sdr. Guillain-Barrè)?				
Soffre di altre patologie per le quali è indicato il vaccino glicoproteico adiuvato? [cardiopatie croniche (esclusa l'ipertensione isolata) – diabete mellito – patologie polmonari croniche (comprese le BPCO) – soggetti in attesa di terapia immunosoppressiva – trattamento dialitico – soggetti in attesa o trapiantati di organo solido – trapianto di cellule staminali emopoietiche (midollo osseo) – patologie oncologiche e oncoematologiche – positività al virus dell'immunodeficienza umana acquisitiva (HIV)]				
Ha avuto episodi complicati o recidivanti di Herpes Zoster? [Si intendono con episodi complicati: nevralgia post herpetica – encefalite – herpes zoster oftalmico – herpes zoster auricolare; si intendono con episodi recidivanti: almeno due episodi certificati dallo specialista o dal medico curante convenzionato]				
Sta assumendo farmaci? Quali? ..... .....				
PER LE DONNE:		SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute: ..... .....				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		