

**Azienda ULSS n. 1 DOLOMITI
SERVIZIO IGIENE E SANITA'
PUBBLICA**

**TRIAGE PREVACCINALE
FLU/COVID**

COGNOME E NOME.....nato il...../...../.....
Residente a.....tel.....

Data vaccinazione		
1) Sta bene oggi ?	NO ☐ SI ☐	
2) Malattie importanti da riferire?	NO ☐ SI ☐	
3) Ha allergie?	NO ☐ SI ☐	
4) Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	NO ☐ SI ☐	
5) Assume farmaci con continuità?	NO ☐ SI ☐	
Note:		
Firma/sigla del sanitario che ha raccolto l'anamnesi		
Firma/sigla del sanitario che ha eseguito la vaccinazione		
Medico presente		
☐ Deltoide dx	☐ Deltoide sx	Lotto vaccino

Estratto da "Guida alle controindicazioni":

<u>CONTROINDICAZIONI</u>	<u>PRECAUZIONI</u>	<u>FALSE CONTROINDICAZIONI</u>
• nevrite/neuropatia periferica entro 6 settimane da una precedente dose • reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino o ad una precedente dose (es. allergia all'uovo) • S. di Guillain-Barré entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose	• malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre • orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose • reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)	• allattamento • gravidanza • immunodepressione • reazione allergica non grave (es. da contatto) al lattice o al tiomersale • terapia in corso con steroide a basso dosaggio, ciclosporina e micofenolato