

**SI PREGA DI RICONSEGNARE COMPILATA IL GIORNO DELLA VACCINAZIONE TBE**

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

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

**Estratto da "Guida alle controindicazioni":**

<p><b>CONTROINDICAZIONI</b>- reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose</p> <p>- reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino</p>	<p><b>PRECAUZIONI</b>- malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre</p> <p>- orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose</p> <p>- reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)</p>	<p><b>FALSE CONTROINDICAZIONI</b></p> <p>- allattamento- gravidanza</p>
---	---	---