

SCHEDA UTENTE

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ . Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Medico di famiglia _____

Motivo della vaccinazione _____

Anamnesi pre-vaccinale

In questo momento gode di buona salute? sì no

Presenta attualmente o ha avuto malattie importanti? sì no

Se sì, specificare quali (es. neurologica, da immunodeficienza, tumori, altro)

.....

Sta assumendo farmaci? sì no

Se sì, specificare quali

È allergico a componenti di farmaci, alimenti o altre sostanze? sì no

Se sì, specificare quali

Ha manifestato reazioni avverse gravi in seguito alla somministrazione di altri vaccini? sì no

Se sì, specificare quali

Eventuali altre malattie di rilievo o terapie particolari

Data _____ FIRMA dell'assistito _____

FIRMA del medico _____

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A
 ACCONSENTE NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali per la gestione del processo vaccinale;

Vaccino	acconsente	Non acconsente	Nome commerciale	LOTTO
anti Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Tetano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Epatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti Epatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Haemophilus HiB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco A-C- W135-Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Pneumococco 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Papillomavirus (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Morbillo-Parotite- Rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-MPRV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Data

Firma

PRESIDIO

Firma del Medico che ha ricevuto il consenso

Trattamento dei dati personali: ai sensi art. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE “Regolamento generale sulla protezione dei dati personali” la informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria. Il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è reperibile nella sala di attesa dell’ambulatorio vaccinale e sul sito aziendale <https://www.aslroma5.info/web/privacy>

DATA

FIRMA

Autorizzo l’eventuale uso del numero telefonico rilasciato per essere contattato, anche per SMS, per informative da parte di questa azienda sanitaria.

DATA

FIRMA