

Modulo di Valutazione dei Bisogni di Immunizzazione
e valutazione del Rischio di esposizione a malattie prevenibili
da vaccino dei Migranti

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Età:

Sesso:

M W

Dati disponibili sulle vaccinazioni:

Storia medica del paziente

Fattori di rischio (per esempio: immuno-depressione, diabete, malattie polmonari ...):

Condizioni fisiche

(per esempio: gravidanza):

Valutare controindicazioni e precauzioni

Absolute (gravi reazioni allergiche):

Condizioni attuali

(per esempio: temperatura >38.5 °C):

Paese d'origine:

Percorso di viaggio *(residenza in campi profughi, possibile esposizione), tempo (durata) di possibile esposizione, durata della residenza in altre località, durata delle differenti fasi di viaggio:*

Occupazione nel paese ospitante:

Situazione familiare. Condizioni di vita:

(Migranti nei centri di prima accoglienza, nelle carceri e nelle strutture di assistenza a lungo termine a maggior rischio per l'influenza, l'epatite B e meningite da meningococco)

Fattori di rischio comportamentali *(uso di droghe per via endovenosa, viaggi, comportamenti sessuali a rischio, ecc):*

PROMOVAX

Tesserino di Vaccinazione

Adulti

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Note (per esempio: allergie o reazioni allergiche a vaccini precedenti):

Vaccino	Tipologia (LOTTO # & produttore)	Data (gg/mm/ aaa)	Firma del medico	Data per la prossima dose
Epatite B				
Difterite- tetano- pertosse				
Morbillo- parotite- rosolia				
Pneumococco				
Influenza				
Altro				

Tesserino di Vaccinazione

Bambini

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Note (per esempio: allergie o reazioni allergiche a vaccini precedenti):

Vaccino	Tipologia (LOTTO # & produttore)	Data (gg/mm/ aaa)	Firma del medico	Data per la prossima dose
Difterite- Tetano- Pertosse				
OPV/IPV				
Morbillo-Paro- tite-Rosolia				
Varicella				
Haemophilus influenzae di tipo b				
Epatite B				
Pneumococco				
HPV				
MEN C				
Altro				