

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, malat-
tie 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 pos-
sibile 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				