

Triage prevaccinale del bambino fino a 18 mesi compresi di età

- | | |
|---|---|
| 1) Il bambino sta bene oggi? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Il bambino è nato prematuro e/o di basso peso? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 3) Il bambino o i suoi familiari (fratelli o genitori) hanno mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 4) Il bambino è allergico a farmaci, alimenti, al latte o altre sostanze? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 5) Il bambino ha mai avuto reazioni gravi ad un precedente dose di vaccino? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 6) Il bambino ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 7) Il bambino ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 8) Negli ultimi 6 mesi, il bambino ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 9) Il bambino è mai stato sottoposto ad interventi chirurgici? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 10) Il bambino ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| SOLO PER I VACCINI VIVI | |
| 11) Il bambino ha avuto una invaginazione/intussuscezione intestinale? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 12) Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari (fratelli, genitori o nonni)? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 13) Il bambino ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 14) Il bambino, nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 15) Il bambino vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| 16) Il bambino vive con una donna in gravidanza? | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |

Note: