

Libretto delle vaccinazioni



Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Il centro vaccinale della mia ASL:

Indirizzo: _____

Tel.: _____

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**

Direzione:

Tel:

e-mail:

Il Mio Pediatra:

Dr. _____

Tel.: _____

Altre vaccinazioni

Tipo	Data
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cari genitori,

questo libretto vuole essere uno strumento utile a darvi informazioni corrette sulle vaccinazioni che vengono raccomandate al vostro bambino da parte dei medici di Sanità Pubblica, dei Pediatri dei Consultori Familiari e dei Pediatri di Famiglia, allo scopo di ottenere la vostra adesione.

Il libretto consta di tre parti:

- una prima che risponde alle domande più frequenti che vengono rivolte ai medici sull'argomento pag. 2
- una seconda che dà informazioni sui singoli vaccini raccomandati pag. 6
- una terza parte da pag. 12 a pag. 16 che presenta delle schede sulle singole sedute vaccinali nelle quali voi stessi potrete annotare le eventuali reazioni al vaccino presentate dal vostro bambino, che potranno poi essere valutate dagli stessi medici e per le quali è comunque prevista la segnalazione al Ministero della Salute

Obiettivo di questo libretto è quello di contribuire a rendere sempre più sicure le vaccinazioni, nella consapevolezza che una collaborazione fra genitori e medici rappresenti la migliore strada per la tutela della salute del vostro bambino.

Si raccomanda di portare questo libretto ad ogni seduta vaccinale

Informazioni ai genitori e alla famiglia

"Cosa sono i vaccini ?"

I vaccini sono farmaci che servono ad evitare alcune gravi malattie: sono preparati utilizzando germi che causano la malattia, o loro parti, resi però inoffensivi. Il nostro organismo a contatto col vaccino impara a produrre delle difese attive (che chiamiamo anticorpi) e se incontra il germe, anche a distanza di molto tempo dalla conclusione del ciclo vaccinale, è in grado di produrre immediatamente tali anticorpi che lo proteggono dalla malattia.

"Perché è bene vaccinare il nostro bambino?"

I vaccini rappresentano il mezzo più efficace per prevenire le malattie infettive che hanno provocato epidemie nel passato con milioni di morti e di disabili, principalmente fra i bambini. Grazie alla vaccinazione si è passati da circa 12.000 casi di difterite nel 1955 ai 50 degli anni '80 e a 0-1 caso negli anni successivi.

Tuttavia, finché una malattia non è totalmente scomparsa, l'agente infettivo resta in circolazione ed è necessario continuare a vaccinare per evitare che la malattia ricompaia.

"Quante vaccinazioni esistono ?"

Esistono varie vaccinazioni raccomandate nell'età pediatrica. Abbiamo avuto vaccini come quello contro il vaiolo, ora non più in uso per l'eradicazione della malattia, altri ancora utili come quelli contro la polio, la difterite, il tetano e l'epatite B; altri di nuova introduzione come quelli contro il pneumococco, il meningococco e la varicella.

Le informazioni sui singoli vaccini vi saranno fornite dal vostro Pediatra di fiducia durante i Bilanci di Salute che precedono le varie sedute vaccinali e dal Personale Sanitario che effettuerà la vaccinazione: i Medici di Sanità Pubblica e i Pediatri dei Consultori Familiari presenti presso i Centri di Vaccinazione delle ASL sono a vostra disposizione per ogni chiarimento.

"Le vaccinazioni sono obbligatorie?"

Alcune ancora sì, perché introdotte per legge a partire dagli anni '60: l'antipoliomielite, l'antitetanica, l'antidifterica

Vaccinazioni praticate

Tipo	Data
Antipoliomielite	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Anti DT [] (difterite-tetano)	1. _____ 2. _____
Anti DTP [] (difterite-tetano-pertosse)	3. _____ 4. _____
Antiepatite B	1. _____ 2. _____ 3. _____
AntiHaemophilus (HIB)	1. _____ 2. _____ 3. _____
Antiepneumococco	1. _____ 2. _____ 3. _____
Antimeningococco	_____
Antimorbillo-Parotite-Rosolia	1. _____ 2. _____
Anti DT richiamo [] (difterite-tetano)	_____
Anti DTP richiamo [] (difterite-tetano-pertosse)	_____
Antitetanica richiamo []	_____

bambino da qualunque Pediatra di fiducia, che rilascerà un certificato da registrare presso la sede vaccinali della ASL.

“Il bambino che viene vaccinato corre dei rischi?”

Le vaccinazioni vanno considerate come tutti gli altri farmaci: il loro uso può comportare, raramente, degli effetti indesiderati.

Nel caso dei vaccini sono in genere lievi, come un gonfiore nella sede dell'iniezione, uno stato di irritabilità transitoria o una modesta febbre.

Assai raramente le reazioni possono essere più importanti e vi saranno spiegate prima d'ogni seduta vaccinale. La cosa principale che dovete ricordare, tuttavia, è che contrarre le malattie infettive, talora molto gravi, è molto più pericoloso che vaccinarsi.

“Come dobbiamo comportarci dopo la vaccinazione?”

Fate riferimento comunque al vostro Pediatra di fiducia che ha gli strumenti opportuni per comunicare sia con il centro che ha eseguito la vaccinazione sia con le altre strutture d'assistenza.

Comportatevi, in ogni caso, secondo le consuete abitudini quotidiane.

“Ci sono bambini che non possono fare le vaccinazioni?”

Sì, ma sono pochi: questi bambini presentano, per la loro storia familiare o personale, una controindicazione alla vaccinazione. Tali situazioni, se da voi non già conosciute per le informazioni che il vostro Pediatra di fiducia vi avrà dato, saranno rilevate durante il colloquio che il Medico avrà con voi prima della vaccinazione.

Tenete presente in ogni caso che questi bambini, ai quali le vaccinazioni non possono essere eseguite per la presenza, in genere, di gravi patologie, si avvantaggeranno della protezione offerta dal vivere in ambienti (asili, scuole, comunità in genere) nei quali il rischio di contrarre una malattia infettiva è ridotto al minimo dal fatto che i propri coetanei sono tutti vaccinati. Ecco quindi che il vaccinare estesamente rappresenta anche un grosso contributo di solidarietà verso la comunità.

10^ Seduta Vaccinale



Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____


Data: / /

Tipologia vaccino	Sede di incolo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:

 = indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
 Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

9^ Seduta Vaccinale

Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____

Data: / /


Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:



= indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
Descrivere i sintomi della reazione indesiderata,
se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

"A chi possiamo chiedere altre informazioni?"

Il vostro Pediatra di fiducia, i Medici dei Centri Vaccinali delle ASL, i Pediatri dei Consultori vi sapranno dare le risposte adatte nel caso volestes altre notizie sui vaccini che riguardano il vostro bambino.

Vogliamo anche indicare alcuni siti internet che possono completare le informazioni sui vaccini, con risposte corrette e condivise dalle Associazioni Scientifiche dei medici.

www.apel-pediatri.it

www.levaccinazioni.it

www.epicentro.iss.it

Le vaccinazioni

Vaccinazione contro la difterite

Protegge dalla difterite, una malattia batterica grave (mortale, nonostante la terapia, nel 5-10% dei casi) trasmessa principalmente per via aerea. La difterite è dovuta all'azione di una tossina che può agire sul tessuto cardiaco, sui reni, sul fegato, sul sistema nervoso causando danni anche permanenti.

L'efficacia della vaccinazione antidifterica è testimoniata dalla scomparsa della malattia nei paesi in cui è stata attuata correttamente e dalla ricomparsa della difterite in quelle parti del mondo, come l'ex URSS, in cui la pratica della vaccinazione era stata temporaneamente trascurata.

In Italia, dove la vaccinazione viene praticata regolarmente, l'ultimo caso è stato segnalato nel 1995.*

Vaccinazione contro la poliomielite

Protegge dalla poliomielite, malattia causata da virus che, dopo avere provocato un'infezione a livello intestinale possono localizzarsi nel sistema nervoso causando la paralisi di uno o più arti e/o dei muscoli respiratori; la mortalità della malattia varia dal 2% al 10%. Grazie alla vaccinazione la malattia è scomparsa dall'Italia, come dagli altri Paesi europei, ma la sua ricomparsa è sempre possibile fintanto che ci saranno zone del mondo in cui essa è presente e diffusa. In Italia l'ultimo caso di poliomielite, trasmessa naturalmente, si è manifestato nel 1983.*

La regione Europea è stata dichiarata libera da polio nel 2002.

Vaccinazione contro il tetano

Protegge dal tetano, una grave malattia causata da un microbo presente nell'ambiente, che può penetrare attraverso ferite anche banali e produce una tossina potentissima che agisce sulle terminazioni nervose, provocando spasmi muscolari con arresto respiratorio (la malattia è mortale in oltre il 50% dei casi).

In Italia, dal 1992 ad oggi, il numero di notifiche per tetano è stato in media di 95 casi per anno con una letalità pari al 39%. (Sono colpiti soprattutto soggetti di sesso femminile di età superiore ai 65 anni).

8^ Seduta Vaccinale



Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____


Data: / /

Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:

 = indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
 Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

7^ Seduta Vaccinale

Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____

Data: / /


Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:



= indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

Vaccinazione contro l'epatite virale B (HBV)

Protegge dall'epatite B, malattia che si trasmette attraverso il contatto con sangue o con altri liquidi biologici infetti; può essere trasmessa dalla madre infetta al figlio durante la gravidanza. Molto spesso l'infezione da HBV non si presenta con una sintomatologia definita, ma sia le forme manifeste che quelle inapparenti possono andare incontro a cronicizzazione (circa il 10% dei casi), in percentuali tanto maggiori quanto minore è l'età al momento dell'infezione, con conseguenze (epatite cronica attiva, cirrosi epatica, cancro del fegato) che si manifestano a distanza di molti anni. Oltre 350 milioni di persone, in tutto il mondo, sono portatori cronici del virus dell'epatite B (HBV). L'epatite B presenta una mortalità, in fase acuta, dell'1%. Il numero di casi segnalati di epatite B, grazie all'introduzione dell'obbligo della vaccinazione, è in continua diminuzione. Al momento si registrano circa 1200 casi all'anno, l'80% dei quali si verifica in soggetti di età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Vaccinazione contro la pertosse

Protegge dalla pertosse, una malattia batterica che può presentare quadri di gravità variabile a seconda dell'età: sono caratteristici gli accessi di tosse convulsiva, cui segue un periodo di assenza di respiro (apnea) più o meno prolungato e vomito.

Nei bambini molto piccoli sono relativamente frequenti le complicazioni a carico del sistema nervoso (encefalopatia), con possibili danni permanenti sia a causa della scarsa ossigenazione del sangue durante gli accessi di tosse, sia per l'azione diretta di una tossina prodotta dal batterio della pertosse. Altre possibili complicazioni sono laringiti, broncopneumoniti convulsioni.

Con la diffusione della vaccinazione è diminuito negli ultimi anni il numero di casi notificati, con, al momento, meno di 2000 casi segnalati per anno.

Vaccinazione contro il morbillo

Protegge dal morbillo, malattia provocata da un virus che si trasmette per via aerea causando febbre alta, faringite, congiuntivite ed una caratteristica eruzione cutanea (esantema). Otitis, laringiti, broncopneumoniti, encefaliti sono complicazioni abbastanza frequenti del morbillo.

L'encefalite post-morbillosa, che si manifesta in un caso su mille malati, può essere mortale nel 15% e provocare danni permanenti (epilessia, sordità, ritardo mentale) nel 40% dei casi. Per la persistenza del virus del morbillo a livello cerebrale il danno neurologico può manifestarsi a distanza di anni dalla malattia, come panencefalite sclerosante subacuta (PESS), rara ma gravissima malattia neurologica ad esito inevitabilmente infausto.

A causa dell'insufficiente numero di bambini vaccinati, nel 2002 si è verificata in Italia una estesa epidemia * di morbillo, con oltre 40.000 bambini malati, più di 1000 ricoverati in ospedale, 23 encefaliti e 4 decessi.

Vaccinazione contro la rosolia

Protegge dalla rosolia, una malattia virale esantematica trasmessa per via aerea che in età infantile ha andamento benigno, anche se non sono rare le complicazioni: miocarditi, pericarditi, epatiti, infiammazioni del sistema nervoso, sordità.

L'infezione è molto grave se contratta da una donna in gravidanza; può essere causa di aborto o di gravi anomalie fetali (Sindrome da rosolia congenita): sordità, cataratta, meningoencefalite, difetti cardiaci, epatici, oculari, diabete.

Nel quinquennio 1998/2002 in Italia sono stati segnalati * 18.528 casi di rosolia; nonostante la vaccinazione sia raccomandata da oltre 25 anni, la proporzione di donne tra 15 e 39 anni suscettibili alla rosolia, con rischio in caso di gravidanza, di rosolia congenita è 7-10%.

6^ Seduta Vaccinale

Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____

Data:

/ /

Tipologia vaccino	Sede di incolo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:



= indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato

Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore



Data:

/ /

Prossima vaccinazione il _____

5^ Seduta Vaccinale



Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____


Data: / /

Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:

 = indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
 Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

Vaccinazione contro la parotite

Protegge dalla parotite, malattia virale trasmessa per via aerea, che si manifesta solitamente con una caratteristica tumefazione delle ghiandole salivari. Il virus della parotite può localizzarsi anche su altre ghiandole e su altri tessuti con possibili complicazioni quali pancreatiti, meningo-encefaliti, tiroiditi, nefriti, pericarditi e, nei soggetti in età adulta, infiammazioni agli organi della riproduzione con possibili esiti in sterilità.

Nel quinquennio 1997/2002 sono stati segnalati*, in Italia, 101.263 casi di parotite.

Vaccinazione contro l'Haemophilus influenzae b (Hib)

Protegge dal batterio Haemophilus influenzae b che può essere responsabile, soprattutto nei primi anni di vita, di gravi malattie quali meningiti, epiglottiti, polmoniti, artriti purulente, setticemie. La meningite da Hib era, prima della introduzione della vaccinazione, la forma più frequente di meningite batterica nei bambini di età inferiore ai 2 anni, responsabile di danni permanenti (sordità, ritardo mentale, epilessia) in una notevole percentuale di casi. L'80% delle forme invasive da Hib si manifesta in bambini di età inferiore ai 5 anni. Dopo l'introduzione della vaccinazione si è verificata una riduzione di più del 95% dei casi di meningite da Hib; attualmente vengono segnalati 0,2 casi ogni 100.000 abitanti per anno nella fascia di età 0-5 anni.

Vaccinazione contro lo pneumococco

Protegge da malattie gravi come meningiti, polmoniti e sepsi (infezioni diffuse a tutto l'organismo), e da malattie meno gravi come rinossinusiti e otiti (ovviamente solo quelle causate da questo germe).

Ogni anno si verificano in Italia più di 1500 casi di malattie invasive da pneumococco nella fascia di età 0-5 anni

La letalità, per queste patologie, è molto alta, sfiorando, per le meningiti e le sepsi, il 15%.

Vaccinazione contro il meningococco tipo C

Protegge dalle meningiti e dalle sepsi (infezioni diffuse a tutto l'organismo), provocate dal meningococco di tipo C.

I meningococchi sono più di uno; se ne conoscono 13 tipi diversi, ma quelli più diffusi nel mondo sono i tipi A, B e C, meno diffusi sono l'Y 135 e il W.

In Italia i più frequenti tipi sono il B e il C. Il tipo A provoca estese epidemie in Africa.

Le infezioni gravi da meningococco interessano principalmente i bambini piccoli (meno di 5 anni), e i giovani adolescenti.

Le malattie provocate da meningococco possono avere conseguenze molto serie, o portare addirittura alla morte nel 10-15% dei casi.

Vaccinazione contro la varicella

Protegge da una malattia infettiva virale molto contagiosa, caratterizzata dall'eruzione di vescicole, contenenti un liquido chiaro, che si diffondono, a ondate successive, su tutto il corpo.

In base alle ultime rilevazioni statistiche sono stati segnalati circa 100.000 casi all'anno. Nella nostra Regione la vaccinazione viene offerta ai soggetti di 11-12 anni che non hanno contratto la malattia oltre ai soggetti a rischio.

Vaccinazione contro l'influenza

E' raccomandata soprattutto per gli anziani e per le persone di qualunque età con malattie croniche, per le quali l'influenza, con le successive complicazioni, può risultare una malattia grave e perfino mortale. Per quanto riguarda in particolare i bambini, è necessario vaccinare contro l'influenza, a partire dai 6 mesi di vita, i soggetti affetti da malattie croniche dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma di grado moderato o grave) dell'apparato cardiocircolatorio, dei reni, del metabolismo (es. diabete mellito), del sistema immunitario (inclusa l'infezione da HIV). Devono inoltre essere vaccinati i bambini reumatici per i quali è richiesta. prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico.

4^ Seduta Vaccinale

Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____

Data:

/ /

Tipologia vaccino	Sede di incolo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:



= indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore



Data:

/ /

Prossima vaccinazione il _____

3^ Seduta Vaccinale


Eseguita presso:


Medico vaccinatore: _____

Data: / /


Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:

 = indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato

 Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

Vaccinazione contro l'epatite A

E' raccomandata per i viaggiatori internazionali, compresi i bambini, che si recano in zone a rischio, in caso di epidemie e nei contatti.

E' una malattia trasmessa prevalentemente per via alimentare o attraverso acqua contaminata, che si manifesta con colorito giallo della cute e delle mucose, stanchezza e turbe digestive.

*** NOTA:** le malattie infettive, devono essere segnalate dal medico che ne fa diagnosi, alla **Azienda Unità Sanitaria Locale e da questa alla Regione ed al Ministero della Salute: la segnalazione è importantissima poiché, in rapporto al tipo** ed al numero di malattie segnalate, le autorità sanitarie possono intraprendere le azioni necessarie per la protezione degli individui malati e della collettività

1^ Seduta Vaccinale

Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____

Data: / /


Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:



= indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____

2^ Seduta Vaccinale

Eseguita presso:

Medico vaccinatore: _____

Data: / /


Tipologia vaccino	Sede di inoculo
<input type="checkbox"/> Polio inattivato	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano	_____
<input type="checkbox"/> Difterite-Tetano-Pertosse	_____
<input type="checkbox"/> Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Polio-Difterite-Tetano-Pertosse-Epatite B	_____
<input type="checkbox"/> Hib - Haemophilus Influenzae	_____
<input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia	_____
<input type="checkbox"/> Pneumococco 7 V	_____
<input type="checkbox"/> Meningococco C	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/> altro _____	_____

Segnalazione eventuali reazioni indesiderate:



= indicare la data in cui è iniziato l'evento indesiderato
Descrivere i sintomi della reazione indesiderata, se la reazione è locale, specificare la sede.

Da compilare a cura del genitore

 Data: / /

Prossima vaccinazione il _____