

Questionario di screening vaccinale per [] (neonato/bambino in età scolare)

		Temperatura corporea prima della visita		Gradi	
Indirizzo					
Nome del bambino		M	Data di nascita	Nato il / / (g/m/a)	
Nome del genitore / tutore		F		Età (/ anni / (g/m/a) mesi)	

Questionario per la vaccinazione	Risposta		Commento del medico
Ha letto il documento (inviatole in precedenza dall'ufficio municipale) con le spiegazioni sulla vaccinazione che sarà somministrata oggi?	Si	No	
Risponda alle seguenti domande sul bambino.			
Peso alla nascita Il bambino mostrava anomalie al momento del parto? () g Il bambino ha mostrato anomalie dopo la nascita?	Si	No	
Sono state identificate anomalie nel corso dei controlli medici sul neonato?	Si	No	
Il bambino è attualmente malato? In caso affermativo, descriva la natura della malattia. ()	Si	No	
Il bambino si è ammalato nel mese appena trascorso? Nome della malattia ()	Si	No	
Un membro della famiglia o un amico del bambino ha avuto una malattia come il morbillo, la rosolia, la varicella o la parotite nel mese appena trascorso? Nome della malattia ()	Si	No	
Il bambino è mai stato in contatto con soggetti affetti da tubercolosi (membri della famiglia, parenti)?	Si	No	
Il bambino è stato vaccinato nel mese appena trascorso? Nome del vaccino ()	Si	No	
Il bambino ha un'anomalia congenita, una malattia cardiaca, renale, epatica o del sistema nervoso centrale, un'immunodeficienza, o qualunque altra malattia per la quale è stato consultato un medico? Nome della malattia ()	Si	No	
Nei casi pertinenti, il medico che ha trattato la succitata malattia era d'accordo con la vaccinazione odierna?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto in passato una crisi convulsiva (spasmo o attacco)? In caso affermativo, a quale età è successo? ()	Si	No	
Se ha risposto "SI" alla domanda precedente, il bambino ha avuto la febbre in quell'occasione?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto un'eruzione cutanea o l'orticaria (pomfi o un'eruzione simile a quella causata dalle ortiche) come reazione a farmaci o alimenti, o si è mai sentito male dopo aver mangiato certi cibi o ricevuto determinati farmaci?	Si	No	
Il bambino ha un membro della famiglia o un parente affetto da immunodeficienza congenita?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino? Nome del vaccino ()	Si	No	
Un membro della famiglia o un parente del bambino ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino?	Si	No	
Il bambino ha ricevuto negli ultimi 6 mesi una trasfusione di sangue o di emocomponenti, oppure ha ricevuto una medicina chiamata gammaglobulina?	Si	No	
Ci sono domande sulla vaccinazione odierna?	Si	No	
<p>Commento del medico</p> <p>In base alle precedenti risposte e ai risultati della visita, ho deciso che il bambino (può / non dovrebbe) ricevere oggi una vaccinazione.</p> <p>Ho fornito al genitore / tutore le informazioni sui vantaggi e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché sul sistema di sostegno per i soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni.</p> <p>Firma o nome e timbro del medico:</p>			

<p>Il bambino è stato visitato dal medico, e il medico stesso mi ha spiegato i vantaggi, gli obiettivi ed i rischi (inclusi gli effetti collaterali gravi) della vaccinazione, nonché la natura del sostegno per i soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni. Ritengo di avere compreso queste informazioni.</p> <p>Il sottoscritto (dà / non dà)* il consenso alla vaccinazione del bambino. * Metta un cerchietto sulla sua scelta.</p> <p>Il presente questionario di screening ha lo scopo di migliorare la sicurezza della vaccinazione. Comprendo quanto sopra e concordo che il presente questionario può essere inviato all'ufficio municipale.</p> <p>Firma del genitore/tutore:</p>

Nome del vaccino	Dosaggio	Istituto / Nome del medico / Data di somministrazione
Nome del vaccino Numero di lotto [Attenzione] Confermare che la data di scadenza del vaccino è valida.	* (Iniezione sottocutanea) ml	Istituto: Nome del medico: Data di somministrazione: / / (g/m/a)

[Nota] La gammaglobulina è un emocomponente che viene iniettato per prevenire le infezioni, come ad esempio l'epatite A, e per trattare le infezioni gravi. Alcuni vaccini (per esempio, il vaccino contro il morbillo) sono talvolta meno efficaci nei soggetti che hanno ricevuto questo prodotto nei 3-6 mesi precedenti.

* Nel caso della vaccinazione antitubercolare BCG (bacillo di Calmette-Guérin), precisare, per esempio, "vaccinazione percutanea con multi-iniettore BCG a un volume specificato".

Questionario di screening vaccinale per infezione da papilloma virus

		Temperatura corporea prima della visita		Gradi	
Indirizzo					
Nome del paziente			M	Data di nascita	Nato il / / (g/m/a)
Nome del genitore / tutore*			F		Età (anni mesi)

Questionario per la vaccinazione	Risposta		Commento del medico
Ha letto il documento (inviato in precedenza dall'ufficio municipale) con le spiegazioni sulla vaccinazione che sarà somministrata oggi?	Si	No	
Il paziente è attualmente malato? In caso affermativo, descriva la natura della malattia. ()	Si	No	
Il paziente si è ammalato nel mese appena trascorso? Nome della malattia ()	Si	No	
Il paziente è stato vaccinato nel mese appena trascorso? Nome del vaccino ()	Si	No	
Il paziente ha un'anomalia congenita, una malattia cardiaca, renale, epatica o del sistema nervoso centrale, un'immunodeficienza, o qualunque altra malattia per la quale è stato consultato un medico? Nome della malattia ()	Si	No	
Nei casi pertinenti, il medico che ha trattato la suddetta malattia era d'accordo con la vaccinazione odierna?	Si	No	
Il paziente ha mai avuto in passato una crisi convulsiva (spasmo o attacco)? In caso affermativo, a quale età è successo? ()	Si	No	
Se ha risposto "Sì" alla domanda precedente, il soggetto ha avuto la febbre in quell'occasione?	Si	No	
Il paziente ha mai avuto un'eruzione cutanea o l'orticaria (pomfi o un'eruzione simile a quella causata dalle ortiche) come reazione a farmaci o alimenti, o si è mai sentito male dopo aver mangiato certi cibi o ricevuto determinati farmaci?	Si	No	
Il paziente ha un membro della famiglia o un parente affetto da immunodeficienza congenita?	Si	No	
Il paziente ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino? Nome del vaccino ()	Si	No	
Un membro della famiglia o un parente del paziente ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino?	Si	No	
C'è una possibilità che sia in stato interessante (per esempio, un ritardo nelle mestruazioni, oppure un periodo saltato)? [Attenzione] Prestare particolare attenzione nel caso della somministrazione del vaccino a donne in stato interessante.	Si	No	
Ci sono domande sulla vaccinazione odierna?	Si	No	
<p>Commento del medico</p> <p>In base alle precedenti risposte e ai risultati della visita, ho deciso che il paziente (può / non dovrebbe) ricevere oggi una vaccinazione. Ho fornito al genitore / tutore (o alla paziente stessa, se sposata) le informazioni sui vantaggi e gli effetti collaterali della vaccinazione e sul sostegno fornito ai soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni.</p> <p>Firma o nome e timbro del medico:</p>			

<p>Il paziente è stato visitato dal medico, e il medico stesso mi ha spiegato i vantaggi, gli obiettivi ed i rischi (inclusi gli effetti collaterali gravi) della vaccinazione, nonché la natura del sostegno per i soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni. Ritengo di avere compreso queste informazioni.</p> <p>Il sottoscritto (dà / non dà)* il consenso alla vaccinazione del paziente. * Metta un cerchietto sulla sua scelta.</p> <p>Il presente questionario di screening ha lo scopo di migliorare la sicurezza della vaccinazione. Comprendo quanto sopra e concordo che il presente questionario può essere inviato all'ufficio municipale.</p> <p>Firma del genitore/tutore (o della paziente stessa, se sposata):</p>

Nome del vaccino	Dosaggio	Istituto / Nome del medico / Data di somministrazione
Nome del vaccino Numero di lotto [Attenzione] Confermare che la data di scadenza del vaccino è valida.	Iniezione intramuscolare 0,5 ml	Istituto: Nome del medico: Data di somministrazione: / / (g/m/a)

* Nel caso di pazienti sposate non è necessario rispondere a questa domanda.

Questionario di screening vaccinale per infezione da papilloma virus (per bambini non accompagnati da un genitore/tutore)

Spiegazione prevaccinale sull'infezione da papilloma virus

○ Per il genitore/tutore: verificaci di avere letto questo documento.

*** [Per il genitore/tutore di un bambino che si appresta a ricevere la vaccinazione, la cui età è compresa tra la sesta classe della scuola elementare e la prima classe della scuola media inferiore]**

Finora, per ricevere la vaccinazione, il bambino doveva necessariamente essere accompagnato da un genitore/tutore. Tuttavia, esclusivamente nel caso delle vaccinazioni contro l'infezione da papilloma virus per bambini con un'età di 13 anni o superiore (dalla prima classe della scuola media inferiore alla prima classe della scuola media superiore), i soggetti potranno essere vaccinati anche senza essere accompagnati, purché il genitore/tutore abbia letto, compreso e firmato questo documento permettendo al proprio bambino di essere vaccinato.

(Accertatevi che il vostro bambino porti con sé questo documento il giorno della vaccinazione.)

Prima di firmare questo questionario di screening, se avete domande sulla vaccinazione, siete pregati di consultare il medico curante, l'ufficio sanitario, o l'ufficio municipale responsabile delle vaccinazioni, in modo da comprendere appieno i vantaggi e i rischi della vaccinazione prima di prendere decisioni al riguardo.

1 Sintomi dell'infezione da papilloma virus (HPV)

Il papilloma virus è un virus che può infettare pelle e mucose, classificato in oltre 100 tipi diversi. I virus che infettano le mucose attaccano principalmente le mucose genitali penetrando attraverso una piccola ferita che si crea sulla membrana mucosa durante i rapporti sessuali. Si stima che oltre il 50% delle donne all'estero che hanno rapporti sessuali vengano infettate da questo tipo di virus almeno una volta nel corso della loro vita.

Tra i HPV che infettano le mucose, almeno 15 tipi si riscontrano nel caso del carcinoma cervicale e sono detti "HPV ad alto rischio". Ad essere frequentemente rilevati sono soprattutto due particolari HPV ad alto rischio, i tipi 16 e 18, che gli studi indicano come i due virus causa di circa il 70% dei casi di carcinoma cervicale all'estero. Oltre a provocare il carcinoma cervicale, si sospetta che questi due virus siano all'origine di almeno il 90% dei carcinomi anali e del 40% dei tumori vaginali, vulvari e del pene all'estero. I virus non classificati nelle categorie ad alto rischio sono stati comunque confermati come causa del condiloma acuminato, una lesione genitale benigna.

2 Vantaggi ed effetti collaterali della vaccinazione

Il vaccino comprende componenti virali di diversi tipi di papilloma virus (HPV), verso i quali i bambini vaccinati acquisiscono l'immunità. Un bambino immune è protetto dai HPV.

Le vaccinazioni causano talvolta lievi effetti collaterali e solo molto di rado possono causare effetti collaterali gravi. Di seguito, sono descritte le possibili reazioni post-vaccinali.

Principali reazioni avverse al vaccino anti-HPV

Le principali reazioni avverse sono febbre e reazioni locali (dolori, eritemi e gonfiori). Talvolta, a seguito della vaccinazione si verifica una sincope imputabile al dolore e alla reazione psicogena all'iniezione. Per prevenire lo svenimento causato dalla sincope, i bambini vaccinati devono essere accomodati su un divano e osservati per un periodo di circa 30 minuti.

Raramente, sono state riportate reazioni avverse gravi tra cui reazioni anafilattiche (shock, orticarie e difficoltà respiratorie), sindrome di Guillain-Barre, porpora trombocitopenica (piccole emorragie cutanee, dal naso e dalla mucosa orale) ed encefalomielite acuta disseminata (ADEM).

3 Sistemi di sostegno per i soggetti con lesioni causate dalle vaccinazioni

○ I soggetti con effetti collaterali causati dalle vaccinazioni di routine che richiedono un trattamento medico, o quelli la cui capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana è compromessa dalle lesioni possono ricevere un indennizzo statale in base alla Preventive Vaccination Law (legge sulla vaccinazione preventiva).

○ Gli indennizzi sono classificati dalla legge in accordo con la gravità della lesione e comprendono: pagamento delle spese mediche, sovvenzioni mediche, indennità per i bambini disabili, pensioni di invalidità, importi forfettari in caso di morte e rimborsi per le spese funerarie. Il relativo indennizzo viene pagato secondo le disposizioni di legge. Tutti gli indennizzi, eccetto quelli forfettari in caso di morte e per le spese funerarie, vengono pagati continuamente fino al completamento del trattamento o al miglioramento dello stato di salute.

○ L'indennizzo viene pagato al paziente una volta che il Comitato di revisione governativo abbia certificato che la lesione pertinente è stata causata dalla vaccinazione. Questo Comitato comprende specialisti in vaccinazioni, medicina infettiva, questioni legali e altre discipline, con il compito di analizzare la relazione causale fra la lesione pertinente e la vaccinazione, ovvero stabilire se la lesione sia causata dalla vaccinazione o da altri fattori (un'infezione prima o dopo la vaccinazione, o altre cause).

* Se ritiene di dover presentare una domanda d'indennizzo, consulti il medico che ha visitato il suo bambino prima della vaccinazione, l'ufficio sanitario, o l'ufficio municipale responsabile delle vaccinazioni.

4 Precauzioni per la vaccinazione

È preferibile somministrare la vaccinazione a bambini in buona salute. Se il bambino non sta bene, consulti il medico curante per decidere se sia il caso di vaccinarlo.

Il bambino non può ricevere la vaccinazione nei seguenti casi:

- 1) Febbre evidente (37,5 °C o superiore)
- 2) Malattia acuta grave in atto
- 3) Anamnesi di anafilassi causata da uno qualsiasi dei componenti della preparazione vaccinale
- 4) Altre condizioni che il medico considera non appropriate

Qualora la bambina fosse in stato interessante, non le deve essere somministrato il vaccino.

○ Per il genitore/tutore: verifichi di avere letto quanto segue.

Dopo l'accurata lettura e la piena comprensione di quanto riportato sopra, decida se vaccinare o meno il bambino. Se decide per la vaccinazione, firmi il seguente documento, nella colonna destinata al genitore/tutore. **Senza la sua firma, il suo bambino non potrà ricevere la vaccinazione.**

Se desidera che il bambino non venga vaccinato, non ha bisogno di firmare.

Ho letto la spiegazione per la vaccinazione contro l'infezione da papilloma virus e comprendo i vantaggi ed i rischi di gravi reazioni avverse associate ai vaccini, nonché il sistema di sostegno per i soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni. Considerando questi fattori, dò il consenso alla vaccinazione del bambino.

Mi rendo conto che questo documento è stato redatto per aiutare genitori e tutori a comprendere perfettamente gli aspetti della vaccinazione e concordo che questo modulo può essere inviato all'ufficio municipale.

Firma del genitore/tutore: _____

Indirizzo: _____

Numero del contatto per le emergenze: _____

* Questo modulo è necessario per la vaccinazione contro l'infezione da papilloma virus nel caso in cui il bambino non sia accompagnato da un genitore/tutore. Verifichi che il suo bambino presenti questo modulo quando viene da solo per ricevere la vaccinazione.

Senza la sua firma, il suo bambino non potrà ricevere la vaccinazione.

Questionario di screening

		Temperatura corporea prima della visita		Gradi	
Indirizzo					
Nome del bambino		M F	Data di nascita	Nato il Età (/ / anni (g/m/a) mesi)

Questionario per la vaccinazione	Risposta		Commento del medico
Il bambino è attualmente malato? In caso affermativo, descriva la natura della malattia. ()	Si	No	
Il bambino si è ammalato nel mese appena trascorso? Nome della malattia ()	Si	No	
Il bambino è stato vaccinato nel mese appena trascorso? Nome del vaccino ()	Si	No	
Il bambino ha un'anomalia congenita, una malattia cardiaca, renale, epatica o del sistema nervoso centrale, un'immunodeficienza, o qualunque altra malattia per la quale è stato consultato un medico? Nome della malattia ()	Si	No	
Nei casi pertinenti, il medico che ha trattato la suddetta malattia era d'accordo con la vaccinazione odierna?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto in passato una crisi convulsiva (spasmo o attacco)? In caso affermativo, a quale età è successo? ()	Si	No	
Se ha risposto "Sì" alla domanda precedente, il bambino ha avuto la febbre in quell'occasione?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto un'eruzione cutanea o l'orticaria (pomfi o un'eruzione simile a quella causata dalle ortiche) come reazione a farmaci o alimenti, o si è mai sentito male dopo aver mangiato certi cibi o ricevuto determinati farmaci?	Si	No	
Il bambino ha un membro della famiglia o un parente affetto da immunodeficienza congenita?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino? Nome del vaccino ()	Si	No	
Un membro della famiglia o un parente del bambino ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino?	Si	No	
C'è una possibilità che sia in stato interessante (per esempio, un ritardo nelle mestruazioni, oppure un periodo saltato)? [Attenzione] Prestare particolare attenzione nel caso della somministrazione del vaccino a donne in stato interessante.	Si	No	
<p>È d'accordo a vaccinare il suo bambino, tenendo conto delle malattie passate e di come si sente oggi? Il sottoscritto (dà/non dà) il consenso alla vaccinazione del bambino. * Metta un cerchietto sulla sua scelta. Il presente questionario di screening ha lo scopo di migliorare la sicurezza della vaccinazione. Comprendo quanto sopra e concordo che il presente questionario può essere inviato all'ufficio municipale.</p> <p style="text-align: center;">Firma del genitore/tutore:</p>			

<p>Commento del medico</p> <p>In base alle precedenti risposte e ai risultati della visita, ho deciso che oggi il paziente (può / non dovrebbe) ricevere una vaccinazione. Ho fornito al paziente stesso le informazioni sui vantaggi e gli effetti collaterali della vaccinazione e sul sostegno fornito ai soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni.</p> <p style="text-align: center;">Firma o nome e timbro del medico:</p>

Nome del vaccino	Dosaggio	Istituto / Nome del medico / Data di somministrazione
Nome del vaccino Numero di lotto [Attenzione] Confermare che la data di scadenza del vaccino è valida.	Iniezione intramuscolare 0,5 ml	Istituto: Nome del medico: Data di somministrazione: / / (g/m/a)

Questionario di screening per la vaccinazione anti epatite B

		Temperatura corporea prima della visita		Gradi	
Indirizzo					
Nome del bambino		M	Data di nascita	Nato il / / (g/m/a)	
Nome del genitore / tutore		F		Età (/ anni / mesi)	

Questionario per la vaccinazione	Risposta		Commento del medico
Ha letto il documento (inviatole in precedenza dall'ufficio municipale) con le spiegazioni sulla vaccinazione che sarà somministrata oggi?	Si	No	
Risponda alle seguenti domande sul bambino.			
Peso alla nascita Il bambino mostrava anomalie al momento del parto? () g Il bambino ha mostrato anomalie dopo la nascita?	Si	No	
Sono state identificate anomalie nel corso dei controlli medici sul neonato?	Si	No	
Il bambino è attualmente malato? In caso affermativo, descriva la natura della malattia. ()	Si	No	
Il bambino si è ammalato nel mese appena trascorso? Nome della malattia ()	Si	No	
Un membro della famiglia o un amico del bambino ha avuto una malattia come il morbillo, la rosolia, la varicella o la parotite nel mese appena trascorso? Nome della malattia ()	Si	No	
Il bambino è stato vaccinato nel mese appena trascorso? Nome del vaccino ()	Si	No	
Il bambino ha un'anomalia congenita, una malattia cardiaca, renale, epatica o del sistema nervoso centrale, un'immunodeficienza, o qualunque altra malattia per la quale è stato consultato un medico? Nome della malattia ()	Si	No	
Nei casi pertinenti, il medico che ha trattato la succitata malattia era d'accordo con la vaccinazione odierna?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto in passato una crisi convulsiva (spasmo o attacco)? In caso affermativo, a quale età è successo? ()	Si	No	
Se ha risposto "Si" alla domanda precedente, il bambino ha avuto la febbre in quell'occasione?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto un'eruzione cutanea o l'orticaria (pomfi o un'eruzione simile a quella causata dalle ortiche) come reazione a farmaci o alimenti, o si è mai sentito male dopo aver mangiato certi cibi o ricevuto determinati farmaci?	Si	No	
Il bambino è allergico al latte*?	Si	No	
Il bambino ha un membro della famiglia o un parente affetto da immunodeficienza congenita?	Si	No	
Il bambino ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino? Nome del vaccino ()	Si	No	
Un membro della famiglia o un parente del bambino ha mai avuto in passato una reazione grave nei confronti di un vaccino?	Si	No	
Il bambino ha ricevuto negli ultimi 6 mesi una trasfusione di sangue o di emocomponenti, oppure ha ricevuto una medicina chiamata gammaglobulina?	Si	No	
Il bambino è stato vaccinato contro l'epatite B alla nascita come misura preventiva contro la trasmissione da madre a figlio?	Si	No	
Ci sono domande sulla vaccinazione odierna?	Si	No	
<p>Commento del medico</p> <p>In base alle precedenti risposte e ai risultati della visita, ho deciso che il bambino (può / non dovrebbe) ricevere oggi una vaccinazione.</p> <p>Ho fornito al genitore / tutore le informazioni sui vantaggi e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché sul sistema di sostegno per i soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni.</p> <p style="text-align: center;">Firma o nome e timbro del medico:</p>			

Il bambino è stato visitato dal medico, e il medico stesso mi ha spiegato i vantaggi, gli obiettivi ed i rischi (inclusi gli effetti collaterali gravi) della vaccinazione, nonché la natura del sostegno per i soggetti che riportano lesioni causate dalle vaccinazioni. Ritengo di avere compreso queste informazioni.

Il sottoscritto (dà / non dà)* il consenso alla vaccinazione del bambino. * Metta un cerchietto sulla sua scelta.

Il presente questionario di screening ha lo scopo di migliorare la sicurezza della vaccinazione. Comprendo quanto sopra e concordo che il presente questionario può essere inviato all'ufficio municipale.

Firma del genitore/tutore:

Nome del vaccino	Dosaggio	Istituto / Nome del medico / Data di somministrazione
Nome del vaccino Numero di lotto [Attenzione] Confermare che la data di scadenza del vaccino è valida.	* (Iniezione sottocutanea) ml	Istituto: Nome del medico: Data di somministrazione: / / (g/m/a)

[Nota] L'allergia al latte è un'ipersensibilità immediata ai prodotti contenenti latte di gomma naturale. Se si manifestano reazioni allergiche in caso di utilizzo di guanti in lattice, vi è il sospetto di allergia al lattice. Inoltre, nel caso in cui il paziente sia allergico a frutta o altri alimenti responsabili di reazioni crociate con il latte (banana, castagna, kiwi, avocado, melone, ecc.), si prega di consultare il medico.

Scheda diagnostica preliminare la vaccinazione per malattie infettive da rotavirus

* I genitori sono pregati compilare il riquadro in grassetto.

Indirizzo	Cap	Data della vaccinazione	Era Reiwa	anno	mese	giorno	
		Temperatura corporea prima dell'esame					gradi
		Numero di telefono	()	-			
Nome del paziente	(In alfabeto giapponese)	Maschio • Femmina					
Nome del genitore			Data di nascita	Era Reiwa	anno	mese	giorno
			(settimane	giorni dopo la nascita)			
			(settimane	giorni dopo la nascita) viene calcolato dal giorno successivo alla nascita.			

Qualora sia la prima volta, è stato verificato che a oggi non siano trascorse 14 settimane e 6 giorni dalla nascita?

Colonna a cura dell'istituzione medica (☑)

Domande	Colonna delle risposte			Colonna a cura del medico
	Prima volta	Seconda volta	Terza volta	
Avete già fatto altre vaccinazioni prima di questa?	Prima volta	Seconda volta	Terza volta	
Inserire le date delle vaccinazioni già fatte. (solo nel caso la presente non sia la prima vaccinazione) <small>* verificare che ci sia un intervallo di almeno 27 giorni dall'ultima vaccinazione contro il rotavirus.</small>	Prima volta	anno mese giorno		
	Seconda volta	anno mese giorno		
Avete letto le istruzioni distribuite dal comune sulla vaccinazione odierna?	sì	no		
Avete compreso gli effetti e le reazioni collaterali della vaccinazione odierna?	sì	no		
Avete ricevuto e compreso la spiegazione dell'intussuscezione?	sì	no		
Questioni inerenti lo sviluppo del/la bambino/a. Peso alla nascita				g
Si sono verificate anomalie al momento del parto?	sì	no		
Si sono verificate anomalie dopo la nascita?	sì	no		
Durante i controlli periodici sono mai stati segnalati problemi o altro?	sì	no		
Oggi non si sente bene? Prego riportare i sintomi specifici. ()	sì	no		
Nell'ultimo mese ha avuto qualche malattia?	sì	no		
Nome della malattia ()				
Nell'ultimo mese i familiari o i compagni di gioco hanno avuto malattie come morbillo, rosolia, varicella, parotite, ecc.?	sì	no		
Nome della malattia ()				
Nell'ultimo mese ha fatto qualche vaccinazione?	sì	no		
Tipo di vaccinazione () Data ()				
Ha mai sofferto di intussuscezioni? Ha avuto disturbi gastrointestinali congeniti che non sono stati trattati? <small>* In questo caso, la vaccinazione antirotavirus non può essere effettuata.</small>	sì	no		
Vi è mai stata diagnosticata un'immunodeficienza? Ha sofferto ripetutamente di infezioni come polmoniti od otiti lievi, oppure ci sono stati casi di diarrea o aumenti improvvisi di peso? * Non è possibile eseguire l'inoculazione del vaccino antirotavirus.	sì	no		
Gli è mai stata diagnosticata un'anomalia congenita, un disturbo gastrointestinale, malattie cardiache / renali / epatiche / ematiche / dei nervi cranici o altre malattie che hanno richiesto visite mediche? Nome della malattia ()	sì	no		
Il medico che ha curato le malattie di cui sopra ha dato il proprio consenso alla vaccinazione odierna?	sì	no		
Ha mai avuto spasmi (convulsioni)? (circa mesi)	sì	no		
Ha avuto la febbre in tali momenti?	sì	no		
Ha mai avuto eruzioni cutanee o orticaria a causa di farmaci, cibi, o durante le malattie?	sì	no		
Nome del farmaco / cibo ()				
Si è mai stato ammalato dopo essere stato vaccinato?	sì	no		
Tipo di vaccinazione ()				
La madre ha fatto uso di farmaci che sopprimono l'immunità durante la gravidanza?	sì	no		
Nome del farmaco ()				
Avete parenti prossimi che soffrono di immunodeficienza congenita?	sì	no		
Ci sono casi di parenti ammalatisi dopo essere stati vaccinati?	sì	no		
Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o fatto iniezioni di gammaglobuline?	sì	no		
Ci sono domande sulla vaccinazione di oggi?	sì	no		

Sezione da compilare a cura del medico

A seguito delle risposte al questionario di cui sopra e della visita eseguita, ritengo che la vaccinazione di oggi (è possibile eseguirla - è preferibile rinviarla).

Ho illustrato ai genitori gli effetti della vaccinazione, gli effetti collaterali (in particolare l'intussuscezione) e il sistema di soccorso in caso di danni alla salute causati dalla vaccinazione.

Firma del medico o timbro del compilatore

Sezione da compilare a cura del genitore

Dopo aver compreso gli effetti e lo scopo della vaccinazione, nonché le possibili gravi reazioni collaterali (in particolare l'intussuscezione) e il sistema di soccorso in caso di danni alla salute causati dalla vaccinazione, (fornisco - non fornisco) il benessere alla vaccinazione * cerchiare una delle due voci tra parentesi.

Il presente modulo ha lo scopo di garantire la sicurezza della vaccinazione. Sono conscio e concordo alla sua divulgazione al comune.

Firma del genitore

Nome del vaccino utilizzato	Quantità inoculate		Luogo della vaccinazione • Nome del medico • Data della vaccinazione			
Nome del vaccino	Inoculazione orale		Luogo della vaccinazione			
Lotto N.	Rotatech [®]	Rotarix [®]	Nome del medico			
(Nota) Verificare che non sia scaduto	2mL	1.5mL	Data della vaccinazione			
			Era Reiwa	anno	mese	giorno