

**Сбор анамнеза ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА ПЕРЕД ПРИВИВКОЙ - ред. 19 мая 2018 г.  
в соответствии с Руководством по противопоказаниям Высшего института  
здравоохранения Италии (ISS) 2017 г.  
Scheda anamnestica TRIAGE PREVACCINALE - rev. 19 maggio 18  
come da Guida alle Controindicazioni ISS 2017**

Фамилия и имя Cognome e nome	Дата рождения Nato/a	
1) Сегодня ребенок чувствует себя хорошо? Il bambino sta bene oggi?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
1a) Ребенок родился недоношенным и/или с низким весом? Il bambino è nato prematuro e/o di basso peso?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
2) Были ли когда-нибудь у ребенка "тяжелые" реакции на ранее введенную дозу вакцины? Il bambino ha mai avuto reazioni "gravi" ad una precedente dose di vaccino?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
3) Есть ли у ребенка хронические заболевания? Аутоиммунные/ревматические, метаболические, кардиологические, респираторные, почечные болезни, заболевания других органов или систем или нарушения свертываемости крови? Il bambino ha malattie croniche? Autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
4) Были ли когда-нибудь у ребенка судороги, эпилепсия или неврологические нарушения? Il bambino ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
4a) Были ли когда-нибудь у ребенка судороги с высокой температурой? Il bambino ha mai avuto convulsioni con febbre?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
4b) Были ли когда-нибудь у ребенка судороги без температуры? Il bambino ha mai avuto convulsioni senza febbre?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
4c) У членов семьи ребенка (братья, сестры или родители) были фебрильные судороги после применения вакцины против кори/паротита/краснухи/ветряной оспы (MPRV)? Il bambino ha familiarità per convulsioni febbrili (fratelli o genitori) per vaccino MPRV	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
5) Подвергался ли когда-нибудь ребенок хирургическим операциям? Il bambino è mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
6) Есть ли у ребенка аллергия на лекарства, пищевые продукты, латекс или другие вещества? Il bambino è allergico a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
7) Есть ли у ребенка такие заболевания, как опухоль, лейкемия, врожденный и/или приобретенный иммунодефицит или другие заболевания иммунной системы? Il bambino ha malattie come un tumore, leucemia, immunodeficit congeniti e/o acquisiti o altre malattie del sistema immunitario?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
8) Находился ли ребенок в последние 6 месяцев на длительном лечении - принимал ли он постоянно лекарства или проходил ли он радиотерапию либо диализ? 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 ?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
<b>ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ЗАДАТЬ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ВВЕДЕНИЯ ЖИВЫХ ВАКЦИН</b> <b>DOMANDE DA PORRE SOLO PER I VACCINI VIVI</b>		
9) Получал ли ребенок в последний год переливание крови, препараты крови или иммуноглобулин? Il bambino nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
10) Есть в семье ребенка (братья/сестры/родители/бабушки/дедушки) случаи врожденного иммунодефицита? Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari (fratelli/genitori/nonni)?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
11) Живет ли ребенок с лицами, которые имеют заболевания, снижающие иммунитет (например, лейкемия, опухоли и т.д.), или проходят иммуносупрессивную терапию? Il bambino vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemie/tumori...) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
12) Была ли у ребенка кишечная инвагинация? Il bambino ha avuto una invaginazione/intussuscezione intestinale?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
<b>ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ПРИВИВКИ</b> <b>VACCINAZIONI PROPOSTE</b>		

<input type="checkbox"/> ESA ESA (шестивалентная прививка)	<input type="checkbox"/> DTr DTr (дифтерит/столбняк/коклюш)	<input type="checkbox"/> PN 13 PN 13 (пневмококковая инфекция)	<input type="checkbox"/> Polio Polio (полиомиелит)	<input type="checkbox"/> MMR MMR (корь/паротит/краснуха)
<input type="checkbox"/> Ветряная оспа Varicella	<input type="checkbox"/> MEN ACWY (менингококковая инфекция) MEN ACWY	<input type="checkbox"/> MEN B (менингококковая инфекция типа B) MEN. B	<input type="checkbox"/> HPV (вирус папилломы человека) HPV	<input type="checkbox"/> PN 23 (пневмококковая инфекция) PN 23
<input type="checkbox"/> HBV (гепатит B) HBV	<input type="checkbox"/> HAV (гепатит A) HAV	<input type="checkbox"/> РОТАВИРУС ROTAVIRUS		

ПОДПИСЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА  
FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO

ДАТА  
DATA

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся

**X** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

Заявляю (при участии/без участия культурного посредника или лица, осуществляющего перевод) о том, что:

Dichiaro di (con / senza l'intervento del mediatore culturale) o di persona che traduce

- я предоставил(а) верную информацию о состоянии здоровья своего ребенка  
aver riferito correttamente le informazioni sullo stato di salute di mio figlio
- я был(а) проинформирован(а) о пользе прививок и о рисках, которые могут возникнуть в случае отсутствия вакцинации  
di essere stato informato sui benefici delle vaccinazioni e sui rischi che potrebbero derivare dal non eseguirle
- я хорошо **понял(а) предоставленную мне информацию** (в устной форме или в виде специальных документов) касательно рисков, связанных с предлагаемой (предлагаемыми) прививкой (прививками)  
aver ben **compreso le informazioni** fornitemi (a voce e con documenti specifici), in ordine ai rischi connessi alla/e vaccinazioni proposte
- **я получил(а) ответ на просьбу об объяснениях** относительно заболевания, характеристик используемой вакцины и возможных побочных эффектов прививки при участии/без участия культурного посредника  
aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti rispetto alla malattia, alle caratteristiche del vaccino utilizzato ed ai possibili effetti collaterali della vaccinazione con/senza l'intervento del mediatore culturale
- **я ознакомился (ознакомилась) с информационным материалом**, который мне был предоставлен, и проинформирован(а) о необходимости **остаться в медицинском учреждении в течение 30 минут после прививки**  
aver preso visione del materiale informativo consegnatomi compresa la necessità di trattenermi 30 minuti dopo la vaccinazione
- я проинформирован(а) о том, что если моя дочь будет привита от ветряной оспы, кори/паротита/краснухи, то ей следует избегать беременности в течение 3 месяцев после прививок.  
di essere stata informato che, se mia figlia si vaccina contro varicella, morbillo/parotite/rosolia è opportuno evitare una sua gravidanza nei 3 mesi successivi alle vaccinazioni.

**В связи с этим я выражаю свое согласие  не соглашаюсь  на проведение прививки**

Esprimo pertanto il **consenso  dissenso  alla esecuzione della vaccinazione**

Разборчивая подпись лица, обладающего родительскими правами / опекуна  
Firma leggibile dell'esercente la responsabilità genitoriale / tutore

**X** \_\_\_\_\_