

MODULO REVACCINAZIONE

Nome infante Data di nascita Nome padre Nome Madre

Indirizzo Telefono Email

Nome pediatra

1° vaccinazione

Data e luogo vaccinazione Tipo del vaccino Operatrice

Altre vaccinazioni

Quali Data

Reazioni avverse alle vaccinazioni

Quali Data

Il bambino è stato "saggiato" per la copertura specifica (oggetto di prelievo di sangue)

Esito

Richiamato per rivaccinazione Data

L'infante è costudito a casa? In asilo nido?

Ha avuto contatto con altri bambini affetti da patologie? Quali?

Come avete reagito alla notizia della non vaccinazione?

Qual'è la Vs. idea sull'utilità del vaccino?

Avete preoccupazione sulla salute del bambino? E quali problemi accusate (tipo insonnia, ansia, perdita di appetito?)