



## Scheda anamnestica individuale del viaggiatore internazionale

Cognome ..... Nome ..... Sesso M ☐ F ☐

Nato/a a ..... il ..... / ..... / ..... Cittadinanza .....

Indirizzo ..... Città ..... Professione .....

Codice fiscale ..... ULSS .....

Medico curante ..... Telefono .....

Luogo di destinazione .....

Data inizio viaggio ..... / ..... / ..... Data fine viaggio ..... / ..... / ..... Giorni di permanenza .....

Motivo del viaggio: ☐ turismo ☐ volontariato  
☐ lavoro ☐ rientro in patria  
☐ missione (religioso) ☐ studio  
☐ cooperazione ☐ altro.....

Soggiorno: ☐ marino ☐ rurale ☐ urbano ☐ montano  
Alloggio: ☐ albergo ☐ abitazione privata ☐ campeggio

Modalità di viaggio: ☐ organizzato ☐ individuale

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA:

di avere le seguenti malattie:

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| disordini immunitari                              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| depressione o crisi d'ansia (anche in passato)    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| epilessia   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| malattie del cuore o della circolazione           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| malattie acute, febbrili                          | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| malattie gastro-intestinali                       | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| malattie neurologiche, progressive o ricorrenti   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| manifestazioni allergiche alle proteine dell'uovo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| manifestazioni allergiche ad antibiotici          | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

se sì, a quali? .....

di aver avuto "svenimenti" in passato ☐ Sì ☐ No

di assumere farmaci ☐ Sì ☐ No

se sì, specificare .....

di aver avuto reazioni dopo la somministrazione dei vaccini ☐ Sì ☐ No

se sì, indicare il tipo di reazione e i vaccini responsabili .....

di aver avuto malattie infettive nell'ultimo mese (morbillo, varicella ecc.) ☐ Sì ☐ No

di essersi sottoposto a vaccinazione nell'ultimo mese ☐ Sì ☐ No

se sì, a quali .....

per le donne specificare eventuale o sospetta gravidanza ☐ Sì ☐ No

*Dopo l'esecuzione delle vaccinazioni è opportuno non allontanarsi dall'ambulatorio  
per 15 minuti circa per il possibile (anche se raro) abbassamento della pressione arteriosa.*

*Il sottoscritto approva l'utilizzo dei dati personali forniti ai soli fini elaborativi (D.L. 30.06.2003 n. 196, art.13)*

Data ..... / ..... / .....

Firma .....



## Prestazioni effettuate (riservata al Personale Sanitario)

| Vaccinazione                              | Base | Rich. | Data/Sede/Lotto/Scad. | Data/Sede/Lotto/Scad. |
|---|------|-------|-----------------------|-----------------------|
| Febbre gialla                             |      |       |                       |                       |
| Tetano                                    |      |       |                       |                       |
| Difterite - Tetano                        |      |       |                       |                       |
| Difterite - Tetano - Pertosse             |      |       |                       |                       |
| Difterite - Tetano - Pertosse - Polio     |      |       |                       |                       |
| Poliomielite                              |      |       |                       |                       |
| Tifo orale / parenterale                  |      |       |                       |                       |
| Epatite A (adulti o pediatrica)           |      |       |                       |                       |
| Epatite B                                 |      |       |                       |                       |
| Epatite A + B                             |      |       |                       |                       |
| Meningite (A, C, W <sub>135</sub> , Y)    |      |       |                       |                       |
| Morbillo - Parotite - Rosolia             |      |       |                       |                       |
| Morbillo - Parotite - Rosolia - Varicella |      |       |                       |                       |
| Rabbia                                    |      |       |                       |                       |
| Encefalite giapponese                     |      |       |                       |                       |
| TBE (adulti o pediatrico)                 |      |       |                       |                       |
| Pneumococco                               |      |       |                       |                       |
| Colera                                    |      |       |                       |                       |
| Altro                                     |      |       |                       |                       |

### Chemioprofilassi antimalarica

1. Atovaquone/proguanil
2. Meflochina
3. Doxiciclina
4. Altro .....

☐  
☐  
☐

### Quantità

.....

.....

.....

.....

### Nessuna profilassi antimalarica

☐

SBET: Atovaquone/proguanil

☐

Diidroartemisinina/piperachina

☐

Altro .....

☐

Note: .....

.....  
Il Medico