REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

VIVO BENE VENETO
Piano Regionale Prevenzione del Veneto

Scheda di *triage* prevaccinale in farmacia per adolescenti e adulti

Adattamento del modello di scheda di triage prevaccinale previsto dalla DGR Veneto n. 521/2024, per le vaccinazioni erogabili in farmacia ai sensi della DGR Veneto n. 1058 del 01/10/2026, Allegato A. La presente scheda è da utilizzarsi nell'ambito delle buone pratiche vaccinali e in coerenza con le indicazioni vigenti in materia, qualora emergessero situazioni che necessitino di approfondimenti il soggetto dovrà essere indirizzato al Medico Curante o al SISP.

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita……/……/…… Tessera sanitaria .....

Azienda ULSS di residenza .....

DATA TRIAGE ……/……/……

Vaccino richiesto: ☐ anti-influenzale ☐ anti Covid-19 ☐ dTpa ☐ PCV ☐ anti-TBE (solo residenti ULSS 1)

1) Oggi la persona ha febbre (≥ 38 °C) o una malattia acuta di grado moderato o grave?	☐ no	☐ sì
2) La persona è allergica o ha mai avuto una reazione allergica a vaccini, farmaci, alimenti (incluso l'uovo), lattice o altre sostanze?	☐ no	☐ sì
3) La persona ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino (es. sindrome di Guillain-Barré, miocardite, convulsioni, ricovero)?	☐ no	☐ sì
4) La persona ha una malattia neurologica in peggioramento o non stabilizzata (es. epilessia non controllata)?	☐ no	☐ sì
5) La persona ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV, o le è stata asportata la milza?	☐ no	☐ sì
6) Negli ultimi 6 mesi, la persona ha assunto farmaci che riducono le difese immunitarie (cortisonici ad alto dosaggio, chemioterapia, farmaci biologici o immunosoppressori) o è stata sottoposta a radioterapia, trapianto o dialisi?	☐ no	☐ sì
7) La persona ha disturbi della coagulazione o assume farmaci anticoagulanti?	☐ no	☐ sì
8) La persona ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? *Se sì, quali: ……*	☐ no	☐ sì
9) Se donna, è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza?	☐ no	☐ sì

Note:

Farmacista (nome e cognome) …… Firma ……