

**ОЦІНКА СТАНУ ДИТИНИ ПЕРЕД ЩЕПЛЕННЯМ**  
згідно з Інструкцією про протипоказання Вищого інституту охорони здоров'я Італії

**Triage prevaccinale**

**come da Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni (Istituto Superiore Sanità 2018)**

Traduzione in lingua **UCRAINA** a cura della Società Italiana di Pediatria

Прізвище та ім'я Cognome e nome	Дата народження Nato/a	
1) Сьогодні дитина почувається добре? Il bambino sta bene oggi?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
2) Дитина народилася недоношеною та/або з низькою вагою? Il bambino è nato prematuro e/o di basso peso?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
3) Чи у дитини або її рідних (братів/сестер або батьків) були судоми, епілепсія чи неврологічні порушення? Il bambino o i suoi familiari (fratelli o genitori) hanno mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
4) Чи дитина має алергію на ліки, харчові продукти, латекс чи інші речовини? Il bambino è allergico a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
5) Чи у дитини були колись "важкі" реакції на раніше введені дози вакцини? Il bambino ha mai avuto reazioni "gravi" ad una precedente dose di vaccino?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
6) Чи у дитини є дисфункції імунної системи, як рак, лейкемія, ВІЛ-інфекція? Il bambino ha deficit del sistema immunitario come un tumore, leucemia, infezione da HIV?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
7) Чи дитина має хронічні захворювання? Аутоімунні/ревматичні, метаболічні, кардіологічні, респіраторні, ниркові хвороби, захворювання інших органів або систем органів, порушення згортання крові? Il bambino ha malattie croniche? Autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
8) Чи протягом останніх 6 місяців дитина перебувала на тривалому лікуванні: чи приймала постійно ліки або проходила променевою терапією чи діаліз? 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 ?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
9) Чи дитина перенесла хірургічні операції? Il bambino è mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
10) Чи дитина була вакцинована протягом останнього місяця? Il bambino ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
<b>ЛИШЕ У ВИПАДКУ ВВЕДЕННЯ ЖИВИХ ВАКЦИН</b> <b>SOLO PER I VACCINI VIVI</b>		
11) Чи була у дитини кишкова інвагінація? Il bambino ha avuto una invaginazione/intussuscezione intestinale?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
12) Чи у сім'ї дитини (брати/сестри/батьки/бабусі/дідусі) є випадки вродженого імунодефіциту? Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari (fratelli/genitori/nonni)?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
13) Чи у дитини були часті, постійні або важкі інфекції? Il bambino ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
14) Чи за останній рік дитина перенесла переливання крові, приймала гемодеривати, імуноглобулін або противірусні препарати? Il bambino nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
15) Чи проходила мати імуносупресивну терапію під час вагітності або годування грудьми? La madre ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
16) Чи проживає дитина з особами, які хворіють захворюваннями, що знижують імунітет (як, наприклад, лейкемія, пухлини, ВІЛ/СНІД), або які проходять імуносупресивну терапію (наприклад, трансплантація кісткового мозку, кортикостероїди, хіміотерапія, радіотерапія)? Il bambino vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>
17) Чи проживає дитина з вагітною жінкою? Il bambino vive con una donna in gravidanza?	TAK/SI <input type="checkbox"/>	HI/NO <input type="checkbox"/>

**ЗАПРОПОНОВАНІ ЩЕПЛЕННЯ****VACCINAZIONI PROPOSTE**

<input type="checkbox"/> ESA (шестивалентне щеплення) ESA	<input type="checkbox"/> DTp (дифтерит/ правець/коклюш) DTp	<input type="checkbox"/> PN 13 (пневмококова інфекція) PN 13	<input type="checkbox"/> Polio (поліомієліт) Polio	<input type="checkbox"/> MMR (кір/паротит/ краснуха) MMR
<input type="checkbox"/> Вітряна віспа Varicella	<input type="checkbox"/> MEN ACWY (менінгококова інфекція) MEN ACWY	<input type="checkbox"/> MEN B (менінгококова інфекція типу B) MEN B	<input type="checkbox"/> HPV (вірус папіломи людини) HPV	<input type="checkbox"/> PN 23 (пневмококова інфекція) PN 23
<input type="checkbox"/> HBV (гепатит B) HBV	<input type="checkbox"/> HAV (гепатит A) HAV	<input type="checkbox"/> ROTAVIRUS ROTAVIRUS		

ПІДПИС МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА  
FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO

ДАТА  
DATA

Я, підписаний/підписана нижче

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

Io sottoscritto/a

Заявляю (за участю/без участі культурного посередника чи особи, яка здійснює переклад) про те, що:

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

- я надав(ла) вірну інформацію про стан здоров'я моєї дитини  
aver riferito correttamente le informazioni sullo stato di salute di mio figlio
- я був поінформований(а) про користь щеплень і про ризики, які можуть виникнути у разі їх відсутності  
di essere stato informato sui benefici delle vaccinazioni e sui rischi che potrebbero derivare dal non eseguirle
- я добре **зрозумів(ла) надану мені інформацію** (в усній формі або у вигляді спеціальних документів) щодо ризиків, пов'язаних з запропонованим щепленням/запропонованими щепленнями  
aver ben **compreso le informazioni** fornitemi (a voce e con documenti specifici), in ordine ai rischi connessi alla/e vaccinazioni proposte
- я отримав(ла) відповідь на прохання пояснити захворювання, характеристики вакцини, що використовується, та можливі побічні ефекти від щеплення за участю/без участі культурного посередника  
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 ознайомився (ознайомила) з наданим мені інформаційним матеріалом, та був (була) поінформований(а) про необхідність залишатись у медичному закладі протягом 30 хвилин після щеплення  
aver preso visione del materiale informativo consegnatomi compresa la necessità di trattenermi 30 minuti dopo la vaccinazione
- я поінформований(а) про те, що якщо моя дочка буде щепитися від вітряної віспи, кору/паротиту/краснухи, принаймні протягом наступного місяця після щеплень їй слід уникати вагітності.  
di essere stata informato che, se mia figlia si vaccina contro varicella, morbillo/parotite/rosolia è opportuno evitare una sua gravidanza almeno nel mese successivo alle vaccinazioni.

**У зв'язку з цим я висловлюю свою згоду  не погоджуюсь  на проведення щеплення**

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

Розбірливий підпис особи, яка має батьківські права / опікуна  
Firma leggibile dell'esercente la responsabilità genitoriale / tutore

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