

# BAMBINO/ADOLESCENTE. VALUTAZIONE FABBISOGNO VACCINI (CDC 2021)

NOME- COGNOME.....

DATA.....

1	La tua data di nascita: .....	
2	Tu sei: <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina	
<b>CONDIZIONI DI RISCHIO</b>		
1	In futuro il bambino/adolescente viaggerà fuori Europa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
2	Le difese immunitarie del bambino/adolescente sono ridotte a causa di malattia o di farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	<p>Il bambino/adolescente presenta condizioni che mettono a rischio la sua salute? Crocettare le condizioni/patologie che sono presenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Malattia cardiaca</li> <li><input type="checkbox"/> Diabete mellito tipo 1 o 2</li> <li><input type="checkbox"/> Malattia polmonare cronica (per es. asma, bronco pneumopatia cronica ostruttiva)</li> <li><input type="checkbox"/> Insufficienza renale all'ultimo stadio, emodialisi</li> <li><input type="checkbox"/> Epatopatia cronica</li> <li><input type="checkbox"/> Splenectomia o malattia che provoca asplenismo</li> <li><input type="checkbox"/> Drepanocitosi o altre malattie ematologiche</li> <li><input type="checkbox"/> Cancro o terapia per cancro</li> <li><input type="checkbox"/> Deficit del Complemento o in terapia con inibitori del Complemento (es. eculizumab-Soliris, o ravulizuman-Ultomiris)</li> <li><input type="checkbox"/> Cancro o in chemioterapia</li> <li><input type="checkbox"/> Trapianto di midollo</li> <li><input type="checkbox"/> Perdita di LCR- Liquido cefalo rachidiano</li> <li><input type="checkbox"/> Impianto cocleare</li> <li><input type="checkbox"/> Infezione da HIV</li> </ul>	
<b>CONDIZIONI DI VITA</b>		
	Nella tua comunità, è attualmente presente un'epidemia di meningite?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
2	Il bambino /adolescente è al primo anno di college, è in dormitorio, o è una nuova recluta militare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Calcola il tuo fabbisogno andando sul link: <https://www2a.cdc.gov/vaccines/childquiz/>

I vaccini raccomandati per te sono: .....

.....