

ADULTO. VALUTAZIONE FABBISOGNO VACCINI (CDC 2021)

NOME- COGNOME.....

DATA.....

1	Tu sei: <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
	Se sei femmina, segnala se <input type="checkbox"/> Vuoi avere gravidanze <input type="checkbox"/> Sei in gravidanza <input type="checkbox"/> Non vuoi avere gravidanze <input type="checkbox"/> Non puoi avere gravidanze
2	Il tuo anno di nascita è:
3	In futuro intendi viaggiare fuori dall'Europa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	Le tue difese immunitarie sono deboli a causa di malattia o di farmaci? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	Sei HIV positivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	Sei uno studente che vive in residenza per studenti? Sei una recluta militare? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	Lavori presso Strutture Sanitarie (Ospedale, ambulatorio, lungodegenze etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alcune condizioni o comportamenti possono favorire la comparsa di infezioni	
8	Segnala se qualcuna delle seguenti condizioni ti riguarda: <input type="checkbox"/> Malattia cardiaca cronica (per es. insufficienza miocardica) <input type="checkbox"/> Diabete mellito tipo 1 o 2 <input type="checkbox"/> Malattia polmonare cronica (per es. asma, bronco pneumopatia cronica ostruttiva) <input type="checkbox"/> Insufficienza renale all'ultimo stadio, emodialisi <input type="checkbox"/> Epatopatia cronica (per es. infezione da virus epatite C; cirrosi, epatopatia alcolica) <input type="checkbox"/> Splenectomia o malattia che provoca asplenismo (per es. Drepanocitosi) <input type="checkbox"/> Cancro o terapia per cancro <input type="checkbox"/> Trapianto di midollo
9	Segnala se qualcuna delle seguenti condizioni ti riguarda: <input type="checkbox"/> Alcolismo <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Sei un uomo che ha rapporti sessuali con uomini <input type="checkbox"/> Senza tetto <input type="checkbox"/> Sei a rischio di Epatite A (viaggi in alcuni Paesi) e B (Viaggi in alcuni Paesi o esposizione a sangue o liquidi corporei)
10	Hai avuto la varicella o sei stato vaccinato per la varicella? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO

Calcola il tuo fabbisogno andando sul link: <https://www2.cdc.gov/nip/adultimmsched/>

I vaccini raccomandati per te sono:

.....