

SCHEDA DEGLI EFFETTI INDESIDERATI DELLE VACCINAZIONI O DELLE NON VACCINAZIONI PEDIATRICHE

(da compilare e da trasmettere alle Edizioni Salus Infirmorum sulla mail edizionisalus@gmail.com o via fax allo 049-2106981)

DATI DI UN GENITORE:

Cognome Nome

Via Numero civico

CAP. Città Prov.

Tel. Cellulare

Email

ANAMNESI FAMILIARE ESSENZIALE DEL BAMBINO/A:

(Riportare solo le malattie principali dei familiari sottostanti, con particolare riguardo ad allergie, malattie autoimmunitarie, tumori ed eventuali danni da vaccino)

Nonno paterno:

Nonna paterna:

Nonno materno:

Nonna materna:

Zii:

Padre:

Madre:

Fratelli:

DATI DEL BAMBINO/A:

Nome Sesso: M F

Vive in: campagna città

Gravidanza: regolare con le seguenti patologie

.....

.....

con i seguenti disturbi psichici

.....

Nato/a il a termine pre termine, alla settimana

Parto: naturale cesareo di altro tipo

Nato sano: SI NO

Quali problemi ha avuto alla nascita?

.....

.....

.....

Allattamento: artificiale materno per quanto tempo?

Misto con le seguenti modalità

Alimentazione successiva: solo biologica prevalentemente biologica
mista non biologica altro:

Sviluppo fisico: regolare con i seguenti problemi

.....

.....

.....

E' stato vaccinato? SI NO

Dati sulle vaccinazioni:

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

- Data Età Vaccino

Effetti

Quali disturbi sono iniziati dopo le vaccinazioni e non sono più scomparsi?

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDICATORI DELLO STATO ATTUALE DI SALUTE DEL SOGGETTO

CARATTERISTICHE GENERALI

- Caratteristiche mentali
-
-
- Rendimento scolastico
- Comportamento a casa
- Comportamento fuori casa
- Energie generali.....
- Disturbi neurologici
- Disturbi del sonno.....
- Disturbi dell'appetito.....
- Disturbi digerenti.....
- Disturbi urinari.....
- Disturbi respiratori.....
- Disturbi locomotori.....
- Disturbi cutanei.....

CARATTERISTICHE AGGIUNTIVE PARTICOLARI

Socializza volentieri? SI NO
Ha difficoltà di linguaggio? SI NO
Ha difficoltà di apprendimento? SI NO

Ha avuto convulsioni febbrili o di altro tipo ? SI NO
Quante volte ?

Quando sono iniziate?

È epilettico ? SI NO

È diabetico ? SI NO

Ha intolleranze o allergie alimentari? SI NO
Quali?

.....
.....
.....

Ha avuto disturbi durante la dentizione? SI NO
Quali?

.....
.....

Ha disturbi visivi ? SI NO

Eventualmente, quali ?.....

Ha avuto congiuntiviti? SI NO

Ha disturbi ORL ? SI NO

In particolare, ha avuto otiti ? SI NO

Quanti episodi di otite nel primo anno di vita?.....

- nel secondo anno ?
- nel terzo anno?
- nel quarto anno ?
- nel quinto anno?.....
- nel sesto anno?
- negli altri anni?.....

Ha avuto tonsilliti ? SI NO

Quanti episodi di tonsillite nel primo anno di vita?.....

- nel secondo anno ?
- nel terzo anno?
- nel quarto anno ?
- nel quinto anno?.....
- nel sesto anno?
- negli altri anni?.....

Altri disturbi ORL?

Ha problemi respiratori ? SI NO

- raffreddore.....
- sinusite.....
- bronchite.....
- tosse
- asma.....
- altro

Ha avuto febbre ? SI NO

Quanti episodi nel primo anno di vita?

- nel secondo anno ?
- nel terzo anno?
- nel quarto anno ?
- nel quinto anno?.....
- nel sesto anno?
- nel settimo anno?
- nell'ottavo anno?
- negli altri anni?.....

Di solito, come reagisce alla febbre ? Guarisce in pochi giorni

Dura molto , circa

Caratteristiche della febbre

.....
.....
.....

Di solito, come reagisce alle malattie? Guarisce in pochi giorni

Durano molto

Altro caratteristiche

.....

.....
.....

Ha altre malattie o disturbi di qualsiasi tipo?

.....
.....
.....

Ha avuto ricoveri ospedalieri ? SI NO

Perché e quando è stato ricoverato?.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ha usato antibiotici? SI NO

Quante volte li ha presi nel primo anno di vita?

- nel secondo anno ?
- nel terzo anno?
- nel quarto anno ?
- nel quinto anno?.....
- nel sesto anno?
- nel settimo anno?
- nell'ottavo anno?
- negli altri anni?.....

Ha usato cortisonici? SI NO

Quante volte li ha presi nel primo anno di vita?

- nel secondo anno ?
- nel terzo anno?
- nel quarto anno ?
- nel quinto anno?.....
- nel sesto anno?
- nel settimo anno?
- nell'ottavo anno?
- negli altri anni?.....

Ha assunto altri farmaci chimici per più di 2 giorni? SI NO

Eventualmente, quali?

.....
.....
.....
.....

Terapie che in genere assume (anche sporadicamente):

- Farmaci chimici? SI NO

alcuni esempi:

.....

- Rimedi omeopatici? SI NO

alcuni esempi:

.....
- Prodotti erboristici? SI NO
alcuni esempi:

.....
- Altri medicinali:.....
.....
.....

Alimentazione che di solito assume in questo periodo:

- Biologica:
- Biodinamica:
- Mista:
- Normale:
- Equilibrata (mangia di tutto):
- Mangia molti dolci, cibi confezionati e non naturali? SI NO
- Quali cibi mangia in eccesso?.....
- Quali cibi non mangia?
- Fa colazione di mattina? SI NO

DATI ATTUALI:

- Età: - Peso: - Altezza:

DATA DI COMPILAZIONE:

CONSENSO

Acconsento alla conservazione e al trattamento dei suddetti dati personali ai soli fini dello svolgimento di studi osservazionali retrospettivi (studi caso-controllo) in base anche alle linee-guida AIFA (“Linea guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci”) pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n°76 il 31 marzo 2008 (<http://www.medidata.it/aifa.asp>).

Data Firma

.....