

Notifica reazione indesiderata da vaccino

SCHEDA INFORMATIVA DI REAZIONE INDESIDERATA DA VACCINO

Notifica di reazione indesiderata a vaccino _____

_____ | _____
(cognome) (nome)

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

Vaccinato Contatto

Anamnesi Fisiologica _____

Anamnesi patologica remota _____

Farmaci di recente somministrazione _____

Data somministrazione vaccino _____
(giorno) (mese) (anno)

Nome commerciale del vaccino _____

Ditta produttrice _____ Serie _____ Lotto _____

Controllo di stato _____ Prepar. il _____ Scad. il _____

Luogo di somministrazione del vaccino: Centro vaccinale/A.S. Studio medico privato

Sede e denominazione Centro vaccinale/A.S. _____

Precedenti somministrazioni effettuate in data _____
(giorno) (mese) (anno)

Data di inizio dei primi **sintomi soggettivi** _____
(giorno) (mese) (anno)

Data di inizio dei primi **sintomi oggettivi** _____
(giorno) (mese) (anno)

Notifica reazione indesiderata da vaccino

Sintomi **soggettivi** rilevati da _____

Sintomi **oggettivi** rilevati da _____

Eventuali visite specialistiche _____

Esito della reazione indesiderata _____

Altre vaccinazioni praticate¹: _____

Sintomi oggettivi generali

= febbre > 39°C

= durata della febbre: _____ giorni

= cefalea

= anoressia

= vomito

= diarrea

= stipsi

= iperemia fauci

= iperemia cutanea

= esantemi

Sintomi oggettivi neurologici

= debolezza muscolare

= areflessia tendinea

= atassia

= paresi transitoria

= paralisi permanente

= segni meningei

= segni encefalici

= convulsioni

= exitus

= altro _____

Note: _____

(luogo)

(data)

(Timbro e Firma per esteso, leggibile)

¹ Se effettuate nella stessa seduta, riportare tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ecc).
Se effettuate in precedenza, specificare le date di somministrazione.