

SCHEDA INFORMATIVA

NOTIFICA DI REAZIONE INDESIDERATA A VACCINO:

Cognome e Nome

Vaccinato Contatto

Luogo e data di nascita

Domicilio Tel.

Anamnesi fisiologica

.....

.....

.....

Anamnesi patologica remota

.....

.....

.....

Farmaci di recente somministrazione

.....

Data somministrazione vaccino

Nome commerciale

Ditta produttrice Serie Lotto

Controllo di stato Prepar. il Scad. il

Luogo di somministrazione del vaccino:

centro vaccinale/AUSL studio medico privato

Sede e denominazione centro vaccinale/AUSL

Precedenti somministrazioni effettuate in data

Data di inizio dei primi sintomi soggettivi |_|_| |_|_| |_|_|

Data di inizio dei primi sintomi oggettivi |_|_| |_|_| |_|_|

Sintomi soggettivi rilevati da

Sintomi oggettivi rilevati da

Eventuali visite specialistiche
Esito della reazione indesiderata

Altre vaccinazioni praticate (1)
.....
.....

Sintomi oggettivi generali

- febbre ; >39° C
- durata della febbre |_|_| gg
- 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:
.....
.....
.....

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

..... li,
(data)

.....
(firma)