

SCHEDA INFORMATIVA DI REAZIONE INDESIDERATA DA VACCINO

Notifica di reazione indesiderata a vaccino

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Domicilio Tel.

Vaccinato Contatto

Anamnesi fisiologica

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

Anamnesi patologica remota

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

Farmaci di recente somministrazione

.....
.....

Data somministrazione vaccino |__|__|__|

Nome commerciale vaccino

Ditta produttrice Serie Lotto

Controllo di stato Prepar. il Scad. il

Luogo di somministrazione del vaccino: Centro vaccinale/ASL Studio medico privato

Sede e denominazione Centro vaccinale/ASL

.....

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):

.....

.....

(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.

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:

.....

.....

.....

.....

..... il | | |
(luogo)

.....
(firma per esteso leggibile)