

## 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/USL

studio medico privato

Sede e denominazione centro vaccinale/USL .....

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 .....

Esiti 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 transitoria
- segni meningei
- segni encefalici
- convulsioni
- exitus
- altro .....

Note: .....  
.....  
.....

(1)

Se effettuate nella stessa seduta riportate tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ect.).

Se effettuate in precedenza specificare le date di somministrazione.

..... lì, .....  
(Data)

.....  
(Firma e timbro del medico )