SCHEDA INFORMATIVA PER COLORO CHE ABBIANO GIA' SUBITO UN DANNO PERMANENTE ASCRIVIBILE A VACCINO ALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE 25.02.1992 N. 210.

Io sottoscritto Prof./Dr. ……..……
nato a ……..……..……..... prov. (……..) il ….....…..., nella mia qualità di

- libero professionista
- Responsabile del Centro vaccinale della USL …….….. di

……..……..…… certifica che il Sig. …… nato a ..... prov. (.....) il ……. è stato vaccinato il giorno ……..……con la ……..…… dose di vaccino ……..
Certifico altresì che la vaccinazione

- è stata da me personalmente effettuata
- è stata effettuata dal Dr. ……..…… che riveste

la qualifica di …… presso il Centro vaccinale da me diretto;
il Paziente, dal giorno …….. accusa la seguente sintomatologia
……..……
……..……
E' stata pertanto posta la diagnosi di "sospetta reazione avversa a vaccino consistente in……..……
……...
……..
è stata prescritta la seguente terapia ……..
……..……
e sono stati adottati i seguenti provvedimenti …….
……..……

..... lì, ...
(Data)

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

Segnare la voce che interessa