

## SCHEMA 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 **oggettivi** 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 leggibile e timbro del medico)