

## 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  Studio medico privato

Sede e denominazione Centro vaccinale .....

.....

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)