

## SCHEDA INFORMATIVA DI REAZIONE INDESIDERATA DA 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/AUSL     Studio medico privato

Sede e denominazione Centro vaccinale/AUSL .....

.....

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)

.....  
(timbro e firma per esteso leggibile)