

**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 **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)