

## SCHEDA 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**

Annotazioni: .....  
.....

**Informazioni relative all'infezione da HIV:**

Data rilevamento sierologico:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Data diagnosi di malattia:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Data grave immunodepressione (CD4<200ml):                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

**Informazioni relative all'infezione da virus epatici:**

Data rilevamento sierologico HBSAg:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Data anti HCV:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Data diagnosi di epatopatia irreversibile:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Data dell'avvenuto decesso:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

**B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio**

Data evento che ha determinato l'infezione:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Informazioni relative all'infezione da HIV: .....  
.....  
.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici: .....  
.....  
.....

Data del decesso:                   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

.....  
(firma leggibile e timbro)