

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A VACCINO PANDEMICO

SOGGETTO VACCINATO

Iniziali: DATA DI NASCITA o ETA': Sesso: M F
Nome e cognome

Gravidanza: si no non nota *se si, specificare età gestazionale:.....*

Condizioni preesistenti/rilevante storia clinica: si no non note, *se si specificare:.....*

Trattamenti in corso: si no non noti, *se si specificare:.....*

Vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti specificare:.....

Effettuata vaccinazione contro l'influenza stagionale si no non noto, *se si specificare vaccino e data*

VACCINO PANDEMICO SOMMINISTRATO:.....

specificare nome commerciale

VIA DI SOMMINISTRAZIONE	DITTA	LOTTO	N°Dose	DATA SOMMINISTRAZIONE
1. _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> NON NOTA	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 st dose <input type="checkbox"/> 2 nd dose <input type="checkbox"/> NON NOTA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> NON NOTA	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 st dose <input type="checkbox"/> 2 nd dose <input type="checkbox"/> NON NOTA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

REAZIONE AVVERSA

Reazione avversa	Data insorgenza	Data termine	Descrizione della reazione (esame clinico, risultati esami) ed eventuale trattamento

Gravità: si no non nota

Se si: pericolo di vita ospedalizzazione invalidità permanente anomalia congenite altra condizione clinicamente rilevante

Esito: risolta in via di miglioramento non ancora guarita

Sequele : si no, *se si specificate:*

Fatale : Autopsia si no Causa di morte:

SEGNALATORE

Name : _____ Professione: _____ ASL/AO

Cognome _____ indirizzo _____ tel. /e-mail

Regione _____ Data segnalazione