

Regione.....USL Distretto

nome e cognome luogo e data di nascita/.../.../...

domicilio:..... Tel.

anamnesi familiare mirata

anamnesi fisiologica

anamnesi patologica remota

farmaci di recente/ contemporanea somministrazione (1)

luogo di somministrazione del vaccino: USL studio privato altro

caratteristiche del vaccino: tipo nome commerciale preparazione n.

controllo di stato data preparazione data scadenza

data somministrazione dose in causaora n° dose)

via di somministrazione sito.....

ultima somministrazione dello stesso vaccino in dataaltre vaccinazioni praticate contemporaneamente (3):

a) b)c)

sintomi insorti il..... ora eventuali visite specialistiche e/o ricoveri (4):

.....eventuale terapia farmacologica (5):

.....

in trattamento

guarigione

esito: reliquati

exitus

n°altri soggetti vaccinati con lo stesso prodotto in precedenza e contemporaneamente:

<p>reazioni locali</p> <p><input type="checkbox"/> reazione locale estesa</p> <p><input type="checkbox"/> ascesso sterile</p> <p><input type="checkbox"/> ascesso settico</p> <p><input type="checkbox"/> necrosi</p> <p><input type="checkbox"/> ulcerazione</p> <p>altro:</p>	<p>reazioni generali</p> <p><input type="checkbox"/> artralgia</p> <p><input type="checkbox"/> cianosi generalizzata</p> <p><input type="checkbox"/> convulsioni afebrili</p> <p><input type="checkbox"/> convulsioni febbrili</p> <p><input type="checkbox"/> diarrea (6):</p> <p><input type="checkbox"/> encefalite</p> <p><input type="checkbox"/> encefalopatia</p> <p><input type="checkbox"/> iperpiressia >= 38' C:<= 39,5' (7)</p> <p><input type="checkbox"/> iperpiressia >= 39,5' C (7)</p> <p><input type="checkbox"/> ipersensibilità immediata (8):</p> <p><input type="checkbox"/> altre manifestazioni ipersensibilità (9):</p> <p><input type="checkbox"/> ipotonia iporesponsività</p> <p><input type="checkbox"/> irritabilità</p> <p><input type="checkbox"/> meningite</p> <p><input type="checkbox"/> mielite</p> <p><input type="checkbox"/> pallore</p> <p><input type="checkbox"/> pianto persistente</p> <p><input type="checkbox"/> shock anafilattico</p> <p><input type="checkbox"/> vomito (10):</p> <p>altro:</p>
--	---

Data: medico notificatore: servizio:

firma e timbro tel fax

Da inviare a:
 Ministero della Salute -Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio III
 (Malattie infettive e profilassi internazionale - Osservatorio Epidemiologico Nazionale)
 Via **Sierra Nevada 60, 00144** Roma
 Fax 06 **5994 4242**