



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EFFETTI INDESIDERATI DA VACCINO

(Ai sensi della Legge n° 69 del 23 Maggio 1995, art. 9)

(Da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere all'Ufficio Vaccinazioni della Direzione U.O.C. Cure Primarie e Salute Territoriale dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (tel. 0549/994338))

1) Quale tipo di vaccino è stato somministrato? in data: _____

2) Quale reazione indesiderata ha osservato? _____

3) Dopo quanto tempo ha avuto la reazione ? _____

4) Quanto è durata ? _____

5) Come è stata risolta ?
 Risolta senza farmaci Risolta con farmaci Ricovero in Ospedale
 Ghiaccio
 Altro _____

Prima della reazione indesiderata stava assumendo altri medicinali ? SI NO

Se SI specificare farmaco e dose:

| | |
|-----------|------|
| Farmaco 1 | Dose |
| Farmaco 2 | Dose |
| Farmaco 3 | Dose |
| | |

In passato ha avuto reazioni da farmaco o vaccini ? SI NO

Se SI a quali medicinali ? _____

Se SI a quali vaccini ? _____

| | | |
|---|-------------------|--|
| <i>Cognome e Nome del/la paziente</i> _____ | <i>età</i> _____ | <i>Firma del/la paziente/Genitore/Tutore</i> _____ |
| <i>COD ISS</i> _____ | <i>Data</i> _____ | |

**N.B. La presente scheda può essere riconsegnata via fax al 0549/994838
 o via e-mail a: ufficio.vaccinazioni@iss.sm**