

Modulo semplificato di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci o vaccini

1. Informazioni sul paziente che ha avuto la reazione avversa

Iniziali (Nome e cognome):

Data di nascita o età:

Sesso: M F

2. Informazioni sulla sospetta reazione avversa

- **Quale reazione avversa è stata osservata?** *(Descriva i sintomi nel dettaglio, es: febbre, mal di testa, dolori muscolo-scheletrici, ingrossamento dei linfonodi etc.)*

- **Quando sono iniziati i sintomi?** *(Indicare la data)*
- **Quanto grave è stata la reazione?**

Non grave Ricovero in ospedale Pericolo di vita Altro*

Specificare*: _____

- **Quanto è durata?**
- **Ha utilizzato dei farmaci o altro per curare la reazione?**
- **Adesso la reazione avversa è?**

Risolta Risolta con conseguenze Migliorata Non ancora risolta

3. Informazioni sul/i farmaco/i che possono aver causato la reazione

Nome del vaccino:

1° Dose, data:

N. Lotto *(se conosciuto)*:

2° Dose, data:

- Ha già avuto il COVID-19? Sì No

- Ha eseguito vaccinazioni antiinfluenzali in passato? Sì No - Ha avuto la stessa reazione? Sì No

- Oltre al vaccino sta assumendo altri farmaci o prodotti *(es: integratori, erbe medicinali)*? Sì No

- Quali? _____

- Il medico di medicina generale è stato informato di questa reazione? Sì No

4. Altre informazioni mediche rilevanti

Indicare eventuali altre malattie del paziente *(per esempio allergie, malattie croniche etc.)*:

5. Informazioni sul compilatore della scheda

Nome e Cognome:

Indirizzo e telefono:

Indirizzo e-mail:

ASL di appartenenza: _____

Regione: _____

Data compilazione:

Firma