NOVARTIS VACCINES

Bijwerkingen Registratie Formulier, Influenza A (H1N1)

Datum melding: |__|__|__|__|__|__|__|__| Land: _____
D D M M J J J J

Bron: ☐Arts ☐Apotheker ☐Verpleegkundige ☐Patient ☐RI ☐Overige

Gegevens gevaccineerde

Naam (Initialen): |__|__|__| Geboortedatum: |__|__|__|__|__|__|__|__| of Leeftijd : ___ Geslacht: ☐M ☐V
D D M M J J J J

Zwangerschap: ☐Ja ☐Nee ☐Onbekend

Indien ja, specificeer zwangerschapsduur ten tijde van immunisatie _____

Reeds bestaande aandoeningen/ Relevante medische voorgeschiedenis: ☐Ja ☐Nee ☐Onbekend

Indien ja, graag specificeren:

_____

Huidige medicatie: ☐Ja ☐Nee ☐Onbekend

Indien ja, graag specificeren:

_____

Toegediende Influenza A (H1N1) - vaccins

Vaccin (Naam) Toedieningsweg	Fabrikant	Batch Nr.	Aantal doses	Datum toediening
1. _____ IM ☐ SC ☐ Onbekend	_____	_____	☐ 1e dosis ☐ 2e dosis ☐ Onbekend	
2. _____ IM ☐ SC ☐ Onbekend	_____	_____	☐ 1e dosis ☐ 2e dosis ☐ Onbekend	
3. _____ IM ☐ SC ☐ Onbekend	_____	_____	☐ 1e dosis ☐ 2e dosis ☐ Onbekend	

Uitgebreide informatie over de bijwerking

Bijwerking	Start datum	Stop datum	Beschrijving bijwerking (klinisch onderzoek, lab testen) en geneesmiddel , indien nodig

Is de bijwerking een Serious Adverse Event (SAE),
voor een definitie zie de toelichting in het aanwijzigingenformulier: ☐Ja ☐Nee ☐Onbekend

Indien Ja: ☐ Levensgevaar ☐Ziekenhuisopname ☐Blijvende handicap of invaliditeit ☐Aangeboren afwijking
☐ Overig (bv. van medisch belang)

Resultaat: ☐Hersteld ☐ Verbeterd ☐ Onveranderd
☐Hersteld met restverschijnselen (blijvende aandoening tot gevolg): *zo ja, licht toe:*

_____

☐ Fataal Autopsie: ☐ Ja ☐ Nee *Oorzaak overlijden:* _____

Indiener van de melding (gezondheidsmedewerker of consument)

Naam: _____ Adres: _____

Beroep (alleen gezondheidsmedewerkers): _____

Telefoon: _____Fax: _____ E-mail: _____@_____

NB: vermelding van naam en ofwel adres ofwel telefoon ofwel fax ofwel e-mail is verplicht