NOVARTIS VACCINES

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EVENTI AVVERSI VERIFICATISI IN SEGUITO ALL'IMMUNIZZAZIONE CONTRO L'INFLUENZA SUINA

Data segnalazione: |__|__|__|__|__|__|__|__| Paese: _____
G G M M A A A A

Fonte: ☐ Medico ☐ Farmacista ☐ Infermiere ☐ Paziente ☐ AR ☐ Altro

Informazioni relative al vaccinato

Nome (Iniziali): |__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| o Età : ___ Sesso: ☐ M ☐ F
G G M M A A A A

Gravidanza: ☐ SÍ ☐ NO ☐ Ignota

Se SÍ, specificare l'età gestazionale al momento dell'immunizzazione _____

Condizioni preesistenti/storia medica rilevante: ☐ SÍ ☐ NO ☐ Ignote

Se SÍ, specificare:
_____

Trattamento in atto: ☐ SÍ ☐ NO ☐ Ignoto

Se SÍ, specificare:
_____

Vaccini contro l'influenza suina somministrati

Vaccino (Nome) Via di somministrazione	Produttore	Lotto N°	Numero di dosi	Data di somministrazione
1. _____ IM ☐ SC ☐ Ignota	_____	_____	☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ Ignoto	
2. _____ IM ☐ SC ☐ Ignota	_____	_____	☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ Ignoto	
3. _____ IM ☐ SC ☐ Ignota	_____	_____	☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ Ignoto	

Informazioni relative all'evento(i) avverso(i)

Evento(i) avverso(i)	Data di insorgenza	Data di risoluzione	Descrizione dell'evento(i) avverso(i) (esami clinici, test di laboratorio) e trattamento, se somministrato

Gravità: ☐ SÍ ☐ NO ☐ Ignota

Se SÍ: ☐ Ha messo in pericolo di vita ☐ Ospedalizzazione ☐ Risultato in disabilità/incapacità permanente
☐ Anomalia congenita
☐ Altro (per es. clinicamente significativo)

Esito: ☐ Risolto ☐ Miglioramento ☐ Non ancora risolto
☐ Postumi: *Se selezionata, fornire una descrizione:*
_____

☐ Fatale Autopsia: ☐ SÍ ☐ NO *Causa del decesso:* _____

Segnalatore (Professionista Sanitario o Consumatore)

Nome: _____ Indirizzo: _____

Professione (solo professionisti sanitari): _____

Please note: This data will be entered in the global Novartis Vaccines Pharmacovigilance Database and will be reported to Health Authorities, if appropriate.

Telefono: _____ Fax: _____ E-mail: _____@_____