

# ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ

Παρακαλούμε, προωθήστε το συμπληρωμένο έντυπο είτε μέσω fax : 210 9949414  
ή ταχυδρομικά: Εταιρεία MEDWORK, Κύπρου 89, 164 51 Αργυρούπολη  
ή μέσω e-mail: ae@h1n1vac.gr

Ημερομηνία αναφοράς: 

H	H	M	M	E	E	E	E

 Χώρα: \_\_\_\_\_

Πηγή:  Ιατρός  Φαρμακοποιός  Νοσηλευτικό προσωπικό  Ασθενής  ΕΟΦ  Άλλο

## ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΝΤΟΣ

Όνομα: 

Α	ρ	χ	ι

 Αρχικά Ημερομηνία γέννησης: 

H	H	M	M	E	E	E	E

 ή ηλικία: ..... Φύλο:  Α  Θ

Κύηση:  ΝΑΙ  ΟΧΙ  Άγνωστο Εάν ναι, προσδιορίστε περίοδο κύησης κατά τον εμβολιασμό : .....

Προϋπάρχουσες παθήσεις / Σχετικό ιατρικό ιστορικό:  ΝΑΙ  ΟΧΙ  Άγνωστο Εάν ναι, προσδιορίστε: .....

Τρέχουσα θεραπεία  ΝΑΙ  ΟΧΙ  Άγνωστο Εάν ναι, προσδιορίστε: .....

## ΧΟΡΗΓΗΘΕΝΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ

Εμβόλιο (Όνομα) Οδός χορήγησης	Παραγωγός	Αριθμός Παρτίδας	Αριθμός Δόσεων	Ημερομηνία Χορήγησης																
1. _____ <input type="checkbox"/> ΕΜ <input type="checkbox"/> ΥΔ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>η</sup> δόση <input type="checkbox"/> 2 <sup>η</sup> δόση <input type="checkbox"/> Άγνωστο	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>H</td><td>H</td><td>M</td><td>M</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td></tr></table>									H	H	M	M	E	E	E	E
H	H	M	M	E	E	E	E													
2. _____ <input type="checkbox"/> ΕΜ <input type="checkbox"/> ΥΔ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>η</sup> δόση <input type="checkbox"/> 2 <sup>η</sup> δόση <input type="checkbox"/> Άγνωστο	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>H</td><td>H</td><td>M</td><td>M</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td></tr></table>									H	H	M	M	E	E	E	E
H	H	M	M	E	E	E	E													
3. _____ <input type="checkbox"/> ΕΜ <input type="checkbox"/> ΥΔ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>η</sup> δόση <input type="checkbox"/> 2 <sup>η</sup> δόση <input type="checkbox"/> Άγνωστο	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>H</td><td>H</td><td>M</td><td>M</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td></tr></table>									H	H	M	M	E	E	E	E
H	H	M	M	E	E	E	E													

## ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Ανεπιθύμητη ενέργεια	Ημερομηνία έναρξης	Ημερομηνία τερματισμού	Περιγραφή ανεπιθύμητης ενέργειας (κλινικές εξετάσεις, εργαστηριακές δοκιμασίες) και θεραπεία, εάν υπάρχει

Σοβαρότητα:  ΝΑΙ  ΟΧΙ  Άγνωστο

Εάν ναι :  Απειλητικό για τη ζωή  Εισαγωγή στο νοσοκομείο  Κατέληξε σε μόνιμη ανικανότητα/αναπηρία  Συγγενής ανωμαλία  
 Άλλο (π.χ. ιατρικά σημαντική)

Έκβαση :  Ανάρρωσε  Βελτιώθηκε  Δεν ανάρρωσε ακόμα

Υπολειπόμενη νόσος:  ΝΑΙ  ΟΧΙ, εάν ναι, περιγράψτε: .....


Θανατηφόρος:      Νεκροψία  ΝΑΙ  ΟΧΙ      Αιτία θανάτου : .....


## ΑΝΑΦΕΡΩΝ (Επαγγελματίας υγείας ή καταναλωτής)

Όνομα: \_\_\_\_\_ Ταχυδρομικός κώδικας \_\_\_\_\_

Επάγγελμα (μόνο για επαγγελματίες υγείας) : \_\_\_\_\_

 Αριθμός τηλεφώνου: \_\_\_\_\_  Αριθμός φαξ \_\_\_\_\_

 Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

 Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

---

Υπογραφή: .....

### Οδηγίες υποβολής

1. Εκτυπώστε και συμπληρώστε το έντυπο
2. Αποστείλατε το συμπληρωμένο έντυπο είτε με fax στο 210 994 9414 ή σκανάρετέ το και στείλτε το με e-mail: [ae@h1n1vac.gr](mailto:ae@h1n1vac.gr)