



Modulo di Unità Operativa	<b>MU/AMB 304501 11</b>
<b>DAI Patologia e Diagnostica UOC di Immunologia</b>	
<b>SCHEDA di RISCONTRO VACCINAZIONI E/O ACCERTAMENTI</b>	Rev. 01 del 20/08/2020 Pagina 1 di 2



**Programma Regionale di Consulenza prevaccinale  
e Sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "Canale Verde"**

Cognome e nome: ..... Data di nascita:

.....

ULSS n. .... Medico referente.....

E-mail medico referente .....

**RISCONTRO VACCINAZIONI**

**Ha ricevuto vaccinazioni dopo la consulenza del Canale Verde?**

- Sì
- No

**SPECIFICARE I VACCINI SOMMINISTRATI:**

1) Vaccino somministrato..... Data .....

Luogo di somministrazione:  Servizio vaccinale  Ambiente protetto

Precauzioni  NO  Sì

Se Sì, specificare.....

Reazioni avverse  NO  Sì

Se Sì, specificare il tipo di reazione e l'eventuale terapia .....

.....

.....

2) Vaccino somministrato..... Data .....

Luogo di somministrazione:  Servizio vaccinale  Ambiente protetto

Precauzioni  NO  Sì

Se Sì, specificare.....

Reazioni avverse  NO  Sì

Se Sì, specificare il tipo di reazione e l'eventuale terapia .....

.....

.....

3) Vaccino somministrato..... Data .....

Luogo di somministrazione:  Servizio vaccinale  Ambiente protetto

Precauzioni  NO  Sì



Se Sì, specificare.....

Reazioni avverse  NO  Sì

Se Sì, specificare il tipo di reazione e l'eventuale terapia .....  
.....  
.....

**Se non ancora vaccinato, specificare il motivo della mancata vaccinazione:**

- Vaccinazione programmata per (mese/anno) .....  
Vaccini in programma (specificare) .....
- Rinvio disposto dal Servizio vaccinale  
Motivazione rinvio (specificare): .....
- Rinvio richiesto dai genitori  
Motivazione rinvio (specificare): .....
- Rinvio per patologia non stabilizzata
- Titolo anticorpale protettivo per .....
- Cessata esposizione al rischio
- Esonero  
Motivazione esonero (specificare): .....
- RIFIUTO**  
Motivazione rifiuto (specificare): .....

**RISCONTRO ACCERTAMENTI**

Ha effettuato accertamenti pre-vaccinali suggeriti da consulenza di Canale Verde?

Sì  No

Se Sì, specificare l'esito delle indagini di approfondimento (e allegarne copia).

.....  
.....

Se No, specificare il motivo:

- Rinvio accertamenti disposto dal Servizio vaccinale  
Motivazione rinvio (specificare): .....
- Rinvio accertamenti richiesto dai genitori  
Motivazione rinvio (specificare): .....
- Rinvio accertamenti per patologia non stabilizzata
- Rifiuto  
Motivazione rifiuto (specificare): .....

Data di compilazione della scheda: .....

Firma del medico