




Modulo di Unità Operativa	MU/AMB 304501 20 Rev. NA del 28/02/2018 Pagina 1 di 2
DAI Patologia e Diagnostica UOC di Immunologia	
SCHEDA INFORMATIVA PER L' ACCESSO ALLA CONSULENZA del CANALE VERDE 	

MEDICO REFERENTE DELL'ISTRUTTORIA (Cognome e nome, qualifica, contatto e-mail e telefonico):

.....

Referente Vaccinazioni ULSS N.____: Cognome Nome.....

Data della richiesta Urgente Non urgente

Motivo della richiesta di consulenza:

- Reazione avversa (specificare vaccino/i)
- Controindicazione (non presente nella Guida alle Controindicazioni)

Quesito per il Canale Verde

Cognome e nome del paziente (non iniziali):

Data di nascita:

Contatti del paziente (indirizzo, telefono, e-mail):

.....
Medico curante e recapiti

Patologie di base o pregresse

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stato di salute attuale del paziente:

.....
.....
.....

Terapia in corso o recente:

.....
.....
.....



Allergie note (riportare sostanze e tipo di sintomi):.....
.....
.....
.....
.....

Condizioni individuali di rischio specifiche (patologia, attività professionale, contatti a rischio, viaggi):
.....
.....

SE SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A VACCINO INDICARE:

Segnalazione della reazione alla Farmacovigilanza (Data e Codice RNF):

Nome commerciale del/i vaccino/i, lotto, scadenza
.....
.....
.....

Data e ora di somministrazione vaccino/i:

Data e ora insorgenza sintomi:

Descrizione dettagliata dei sintomi in sequenza temporale d'insorgenza, decorso, durata e terapia:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eventuali condizioni patologiche concomitanti (es. infezioni intercorrenti, farmaci...):
.....
.....
.....

Reazioni a precedenti vaccinazioni (specificare):
.....
.....
.....

Allegare documentazione clinica aggiornata e certificato vaccinale (verbali Pronto Soccorso, relazioni di visita del Curante, visite specialistiche, esami ematochimici o strumentali).

Firma

.....