



|                                                              |                             |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Modulo di Unità Operativa                                    | <b>MU/AMB<br/>304501 11</b> |
| <b>DAI Patologia e Diagnostica<br/>UOC di Immunologia</b>    |                             |
| <b>SCHEMA di RISCONTRO<br/>VACCINAZIONI E/O ACCERTAMENTI</b> |                             |

Rev. 2 del 29/01/2024  
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/i somministrato/i..... 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/i somministrato/i..... 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 Canale Verde? ☐ Sì  
☐ No

Se Sì, specificare l'esito delle indagini di approfondimento (e/o allegare copia)

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

Se No, specificare il motivo:

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

Data di compilazione della scheda: .....

Firma del medico