



Modulo di Unità Operativa	MU/AMB 304501 20 Rev.3 del 11/12/2024 Pagina 1 di 2
DAI Patologia e Diagnostica UOC di Immunologia	
SCHEDA PER CONSULENZA VACCINALE DEL CANALE VERDE 	

Data della richiesta

Cognome e nome del paziente (non iniziali):

Data di nascita:

Contatti del paziente: indirizzo:

telefono:

e-mail:

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

.....

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

Medico curante e recapiti (telefono e e-mail):.....

Motivo della richiesta di consulenza:

☐ Reazione avversa (specificare vaccino/i)

☐ Controindicazione (non presente nella Guida alle

Controindicazioni)

.....

Quesito per il Canale Verde

.....

ANAMNESI

Patologie di base o pregresse

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stato di salute attuale del paziente:

.....

.....

Terapia in corso o recente:

.....



Allergie note (riportare sostanze e tipo di sintomi, in caso di allergia a farmaci anche le specialità tollerate):

Fattori individuali di rischio specifici (patologia, attività professionale, contatti a rischio, viaggi):

SE SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A VACCINO INDICARE:

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...):

Reazione segnalata alla Farmacovigilanza ☐ Si ☐ No Data e Codice RNF:.....

Reazioni a precedenti vaccinazioni: ☐ Si ☐ No

specificare:.....

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

L'interessato o i genitori/tutori del minore ha/hanno letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali effettuato dal Programma Canale Verde.

Firma del medico