



Sintomi **soggettivi** rilevati da .....

Sintomi **oggettivi** rilevati da .....

Eventuali visite specialistiche .....

.....

Esito della reazione indesiderata .....

Altre vaccinazioni praticate (1): .....

.....

.....

.....

(1) Se effettuate nella stessa seduta, riportare tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ecc.).  
Se effettuate in precedenza, specificare le date di somministrazione.

**Sintomi oggettivi generali**

- febbre > 39° C
- durata della febbre | | | gg.
- cefalea
- anoressia
- vomito
- diarrea
- stipsi
- iperemia fauci
- iperemia cutanea
- esantemi

**Sintomi oggettivi neurologici**

- debolezza muscolare
- areflessia tendinea
- atassia
- paresi transitoria
- paralisi permanente
- segni meningei
- segni encefalici
- convulsioni
- exitus
- altro .....

note: .....

.....

.....

.....

.....

..... il | | |  
(luogo)

.....  
(timbro e firma per esteso leggibile)