

Vaccino

Nome commerciale  
Produttore  
No del lotto

Data

RSV (incl. vaccinazione materna)  
Rotavirus  
Meningococchi B  
Meningococchi ACWY  
Virus del papilloma umano (HPV)  
Encefalite da zecca (FSME, TBE\*)  
Fuoco di Sant'Antonio (HPV)  
Epatite A - Hepatitis A  
Tubercolosi (BCG)

Timbro/Firma

Certificato di vaccinazione/Vaccination certificate

Il certificato va conservato e presentato al medico prima di ogni vaccinazione

Cognome: Nome:

Data di nascita: ☐ M ☐ F

Indirizzo:

Data prossima vaccinazione:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Una riga per ogni vaccino, marcare tutti i componenti con X

| Vaccino | Nome commerciale             | No del lotto | Produttore | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|------------------------------|--------------|------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|         |                              |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Difterite – Diphtheria       |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Tetano – Tetanus             |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Pertosse – Pertussis         |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Poliomielite – Poliomyelitis |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Haemophilus – Poliomylitis   |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Epatite B – Hepatitis B      |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Pneumococchi                 |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Morbillo – Measles           |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Orechioni – Mumps            |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Rosolia – Rubella            |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Varicella                    |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         |                              |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Osservazioni importanti:

Reazioni anafilattiche/Controindicazioni/Effetti collaterali

Data della diagnosi di varicella:

Timbro/Firma:

Data della diagnosi di morbillo:

Timbro/Firma: