

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

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

Vaccino
Nome commerciale
Produttore
No del lotto

Data

Timbro/Firma

Difterite – Diphtheria
Tetano – Tetanus
Pertosse – Pertussis
Poliomielite – Poliomyelitis
Haemophilus influenzae – Hib
Epatite B – Hepatitis B
Pneumococchi
Morbillo – Measles
Orecchioni – 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: