

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: