

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19 – SECONDA DOSE (vaccino VAXZEVRIA- Astra Zeneca-)**

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Telefono: .....

Braccio SINISTRO

Braccio DESTRO

Attesa:

15 minuti

30 minuti

60 minuti

**Effetti collaterali post-prima dose**

REA_CODICE	REA_DESCRIZIONE	DATA INSORGENZA
2	ALTRE MENIFESTAZIONI DI IPERSENSIBILITA	
3	ALTRO	
4	ANESTESIA/PARESTESIA	
5	ARTRALGIA	
6	ARTRITE CRONICA	
7	ASCESSO SETTICO	
8	ASCESSO STERILE	
9	ASTENIA	
10	CEFALEA	
11	CONVULSIONI AFEBRILI	
12	CONVULSIONI FEBBRILI	
13	DOLORE LOCALE	
14	EDEMA LOCALE	
15	ENCEFALOPATIA	
16	ERITEMA	
17	IPERPIRESSIA	
18	IPERSENSIBILITA IMMEDIATA	
19	IPOTONIA/IPORESPONSIVITA	
20	IRREQUIETEZZA	
21	LIPOTIMIA	
22	MENINGITE/ENCEFALITE	
23	NECROSI/ULCERAZIONE	
24	NEURITE BRACHIALE	
25	ORTICARIA	
26	PARALISI FLACCIDA ACUTA	
27	PIANTO PERSISTENTE	
28	PORPORA TROMBOCITOPENICA	
29	RASH	
30	REAZIONE LOCALE ESTESA	
31	SHOCK ANAFILATTICO	
32	SINDROME DI GUILLAIN BARRE/POLIRADICOLONEURITE	
33	SONNOLENZA	
34	VOMITO E/O DIARREA GRAVI	

**Situazione attuale**

- RISOLUZIONE COMPLETA  
Data: \_\_\_\_\_
- RISOLUZIONE CON POSTUMI
- MIGLIORAMENTO
- REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA

Data 1° dose \_\_\_\_\_

LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE

Casa della Salute di Borgaretto Beinasco

DATA DI SOMMINISTRAZIONE

\_\_\_\_\_

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione:

Medico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Infermiere inoculatore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Acconsento alla somministrazione della seconda dose (firma del paziente)

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione della seconda dose (firma del paziente)

\_\_\_\_\_