



Prima della somministrazione di ogni vaccino, fornire all'assistito tutte le informazioni necessarie (consegnando la scheda informativa della/e vaccinazione/i durante il counselling) e assicurarsi che abbia compreso benefici e rischi della vaccinazione (raccolta del consenso informato). Il presente cartellino va compilato/aggiornato ogni volta che viene effettuata una nuova somministrazione.

Assistito (Nome Cognome):
Data di nascita:
Codice Fiscale:
Recapito telefonico:

Riferimenti del Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito

Nome e Cognome:
Recapito telefonico:
e-mail:

Vaccino	Tipo di vaccino ¹	Data vaccinazione (gg/mm/aaaa)	MMG/SV ²	Via / sito somministrazione ³	Vaccino		Data counselling e consenso ⁴	Vaccinatore (firma o iniziali e titolo)
					N. lotto	Nome commerciale (Produttore)		
Tetano, Difterite, Pertosse (es., dTap)								
Epatite A (es., HAV, combinato HAV-HBV ⁵)								
Epatite B (es., HBV, combinato HAV-HBV ⁵)								
Papillomavirus (HPV)								
MPR o MPRV ⁶								
Varicella								
Meningococco ACWY								
Meningocococco B								
Hib								

Vedi pag. 2 per registrare le vaccinazioni antinfluenzale, antipneumococcica, anti-Herpes zoster e altre (es., vaccinazioni per il viaggiatore internazionale).

Come compilare il cartellino

1. Riportare la sigla del vaccino (es., dTap) utilizzata nel Calendario vaccinale regionale
2. Registrare se la vaccinazione è stata eseguita dal Medico di Medicina Generale (MMG), presso il Servizio Vaccinale (SV) o in altra situazione (es., farmacia, medico specialista)
3. Via di somministrazione: intramuscolare (IM), sottocutanea (SC), intradermica (ID), intranasale (NAS), orale (O); sito di inoculo: deltoide destro (D-DX), deltoide sinistro (D-SN)
4. Riportare la data del counselling e della firma del consenso informato
5. Per i vaccini combinati riempire una riga per ogni antigene
6. Vaccino combinato trivalente anti-morbillo, parotite e rosolia (MPR) o tetravalente anti-morbillo, parotite, rosolia e varicella



(continua)

Vaccino	Tipo di vaccino ¹	Data vaccinazione (gg/mm/aaaa)	MMG/SV ²	Via / sito somministrazione ³	Vaccino		Data <i>counselling</i> e consenso ⁴	Vaccinatore (firma o iniziali e titolo)
					N. lotto	Nome commerciale (Produttore)		
Influenza (es., trivalente TIV o quadrivalente QIV)								
Pneumococco coniugato (PCV13)								
Pneumococco polisaccaridico (PPSV23)								
Herpes Zoster								
Altri vaccini								

Come compilare il cartellino

1. Riportare la sigla del vaccino (es., PCV13) utilizzata nel Calendario vaccinale regionale
2. Registrare se la vaccinazione è stata eseguita dal Medico di Medicina Generale (MMG), presso il Servizio Vaccinale (SV) o in altra situazione (es., farmacia, medico specialista)
3. Via di somministrazione: intramuscolare (IM), sottocutanea (SC), intradermica (ID), intranasale (NAS), orale (O); sito di inoculo: deltoide destro (D-DX), deltoide sinistro (D-SN)
4. Riportare la data del *counselling* e della firma del consenso informato

<p>Note</p> <hr/> <hr/> <hr/>

(Adattamento italiano del *Vaccine Administration Record for Adults, Immunization Action Coalition, Saint Paul, Minnesota*)