



REGIONE PUGLIA

SORVEGLIANZA ATTIVA DEGLI EVENTI AVVERSI DOPO VACCINAZIONE ANTI-COVID

DIARIO POST-VACCINAZIONE

Nome e cognome _____

Data di nascita _____

Professione _____

Recapito telefonico _____

Data della somministrazione _____

Ora _____

TIPO DI REAZIONE	0-12 ore	Oltre le 12 ore	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5	Giorno 6	Giorno 7
Dolore nel sito di iniezione									
Rossore nel sito di iniezione									
Gonfiore nel sito di iniezione									
Indurimento nel sito di iniezione									
Reazione allergica-orticarioide									
Anafilassi									
Febbre (a partire da 37°) indicare Temperatura max									
Diarrea									
Vomito									
Astenia/Malessere									
Mialgia									
Eruzione cutanea									
Sonnolenza/insonnia									
Irritabilità, nervosismo									
Cefalea									
Linfoadenopatia									
Altre reazioni avverse (specificare)									
Farmaci assunti per evento avverso									
Ricorso al MMG									
Accesso in Pronto Soccorso									
Ospedalizzazione									

NOTE

Data della rilevazione _____

Operatore che ha eseguito la rilevazione _____



REGIONE PUGLIA

Preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del GDPR UE 2016/679, il sottoscritto _____,
nato a _____, il _____, CF _____,

in qualità di

- interessato
- esercente la potestà di genitore del minore (è necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori)

Padre _____, nato a _____, il _____.

Madre _____, nata a _____, il _____.

- amministratore di sostegno dell'incapace naturale/rappresentante legale _____, nato a _____, il _____.

dà il proprio consenso
al trattamento dei dati per finalità indicate nell'informativa

nega il proprio consenso

dà il proprio consenso
al trasferimento dei dati a Istituzioni Nazionali e Regionali competenti in ambito sanitario e di ricerca scientifica
per finalità di sanità pubblica.

nega il proprio consenso

dà il proprio consenso
al trattamento dei dati per scopi di sperimentazione/ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa
fornita con il presente documento.

nega il proprio consenso

Data _____

Firma _____