Si ricordi che questa notifica non sostituisce il colloquio con il medico o il farmacista se è preoccupato/a a causa di presunti

effetti collaterali indesiderati o di uno specifico fenomeno.

I campi obbligatori sono contrassegnati da una stella rossa \*. L'elaborazione del suo messaggio è possibile solo se questi sono compilati.

**Persona interessata**

Età in anni \* Età

Sesso del/della paziente\* [ ]  m [ ]  w [ ]  div. Peso in kg Peso Altezza in cm Altezza

**Vaccino**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome del vaccino anti-COVID-19 somministrato\***¹** | Designazione del lotto**¹** | Data della primavaccinazione\* | Eventualmente data dellaseconda vaccinazio | Eventualmente data dellaterza vaccinazio | Causa presuntadell'effetto collaterale |
| Vaccino | Lotto | X | X | Data | [ ]  sì [ ]  no |
| Vaccino | Lotto | X | Data | X | [ ]  sì [ ]  no |
| Vaccino | Lotto | Data | X | X | [ ]  sì [ ]  no |

**¹**( p.ex. può essere trovato sui certificato di vaccinazione)

**Effetto collaterale**

|  |  |
| --- | --- |
| Quale effetto collaterale si è verificato? Lapreghiamo di descrivere l'effetto collaterale nelmodo più dettagliato possibile (sintomi,diagnosi/segni clinici, trattamento, decorso) \* | Effetto collaterale |

In quale data si è verificato per la prima volta l'effetto collaterale? Data

In quale data si è verificato per l'ultima volta l'effetto collaterale? Data

Qual è il suo stato di salute attuale (per favore spuntare solo un campo)?

[ ]  ripristinato

[ ]  condizioni generali migliorate

[ ]  non ripristinato

[ ]  danni permanenti

[ ]  la persona interessata è deceduta

[ ]  non noto

I problemi di salute causati dall'effetto collaterale/dagli effetti collaterali (barrare la casella corrispondente)

[ ]  sono stati non seri

[ ]  sono stati seri

Se i problemi di salute sono stati seri, si prega di indicare il motivo

[ ]  sono stati potenzialmente letali

[ ]  hanno portato al ricovero in ospedale

[ ]  hanno provocato il decesso

**Altre informazioni**

Era incinta al momento della vaccinazione contro il COVID-19? [ ]  sì [ ]  no

È stata vaccinata contro il COVID-19 durante l'allattamento? [ ]  sì [ ]  no

Beve alcolici? [ ]  no [ ]  raramente [ ]  spesso

Fuma? [ ]  no [ ]  in passato [ ]  sì

|  |  |
| --- | --- |
| Ha allergie (p.es. ad alimenti, medicamenti,polline)? | Allergie |
| È affetto/a da patologie pregresse (p.ex.diabete, ipertensione arteriosa, disfunzionerenale, malattie epatiche, cancro)? | Patologie |

**Prende altri medicamenti? (Medicamenti concomitanti)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome delmedicamento (comeindicato sullaconfezione) | Forma farmaceutica(compresse, gocce,iniezione, pomata,supposte, cerotte) | Posologia(p.es.giornaliera) | Inizio dellaterapia | Fine dellaterapia | Motivo dell'uso(p.es.ipertensionearteriosa) | Causapresuntadell'effettocollaterale |
| Medicamento | Forma farmaceutica | Posologia | Data | Data | Motivo | [ ]  sì [ ]  no |
| Medicamento | Forma farmaceutica | Posologia | Data | Data | Motivo | [ ]  sì [ ]  no |
| Medicamento | Forma farmaceutica | Posologia | Data | Data | Motivo | [ ]  sì [ ]  no |

**Dati di contatto della persona che inoltra la notifica**

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail  | E-mail |
| Telefono  | Telefono |

L'effetto collaterale riguarda:

[ ]  me stesso [ ]  mio/a figlio/a [ ]  preoccupa un membro della famiglia Membro della famiglia

**Inoltro della notifica**

|  |  |
| --- | --- |
| Swissmedic tratta i dati personali trasmessi con il presente modulo di notifica aisensi dell'art. 61 segg. LATer. Tutte le persone incaricate del trattamento dei datisono vincolate dal segreto professionale. Nella misura del possibile, i datipersonali degni di particolare protezione vengono resi anonimi. | Data dell'inoltro \* Data |

Per la trasmissione a Swissmedic si prega di utilizzare le seguenti informazioni

Indirizzo e-mail: vigilance@swissmedic.ch

Oggetto: Covid-19 Impfstoff Meldung