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 prima  vaccinazione\* | Eventualmente data della  seconda vaccinazio | Eventualmente data della  terza vaccinazio | Causa presunta  dell'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? La  preghiamo di descrivere l'effetto collaterale nel  modo 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, disfunzione  renale, malattie epatiche, cancro)? | Patologie |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome del  medicamento (come  indicato sulla  confezione) | Forma farmaceutica  (compresse, gocce,  iniezione, pomata,  supposte, cerotte) | Posologia  (p.es.  giornaliera) | Inizio della  terapia | Fine della  terapia | Motivo dell'uso  (p.es.  ipertensione  arteriosa) | Causa  presunta  dell'effetto  collaterale |
| 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 ai  sensi dell'art. 61 segg. LATer. Tutte le persone incaricate del trattamento dei dati  sono vincolate dal segreto professionale. Nella misura del possibile, i dati  personali 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](mailto:vigilance@swissmedic.ch)

Oggetto: Covid-19 Impfstoff Meldung