REGIONE CAMPANIA - Assessorato alla Sanità - O.E.R.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - CAMPAGNA 2021 - 2022

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Consenso Informato

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Tipologia di vaccino (per ogni tipologia di vaccino compilare una scheda diversa) ☐ Fluarix tetra ☐ Quadrivalente adiuvato M59 ☐ Quadrivalente (QIVHD)

Lotto vaccino …….. Scadenza ……..

N°	Cognome e Nome	Data di Nascita	Sesso		Data di somministr.	Categorie a Rischio											Firma
1			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
2			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
3			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
4			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
5			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
6			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
7			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
8			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
9			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
10			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
					totale												