

A

Vaccinazione Antinfluenzale

Modulo di Consenso

Cognome e Nome		C.F.	
Nato/a		Prov.	In data
Residente in			Num. civ.
CAP	Città		Prov.
Tel.	Cell.	E-mail	
in qualità di:	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno
dell'assistito:	Cognome e Nome		C.F.
	<input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Interdetto – Infermo - Incapace	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

TRIAGE PRE-VACCINALE	Ho riferito al Medico le seguenti informazioni anamnestiche:	
1	Si è già vaccinato/a in precedenza contro l'Influenza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	Si è già vaccinato/a contro l'Herpes Zoster? Se sì, nome vaccino _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	Si è già vaccinato/a contro lo Pneumococco? Se sì, nome vaccino _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	Si è già vaccinato/a contro il Covid-19? Se sì, numero dosi _____ nome vaccino _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	Si è già vaccinato/a contro altri virus? Se sì, nome del virus _____ nome vaccino _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	Ha mai avuto reazioni gravi dopo una vaccinazione? Se sì, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	Ha malattie febbrili in corso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8	Ha mai avuto gravi reazioni allergiche? Se sì, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Per le donne: 10	È in stato di gravidanza? Se Sì, specificare a che mese _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

- ✓ **Ho riferito al Medico** le patologie, attuali e/o pregresse, le terapie in corso di esecuzione e le informazioni generali sul mio stato di salute o della persona che rappresento legalmente.
- ✓ **Ho avuto la possibilità** di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute o della persona che rappresento legalmente, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ **Sono stato/a correttamente informato/a** con parole a me chiare. Ho compreso i benefici e i potenziali rischi delle vaccinazioni che verranno somministrate, le modalità e le alternative terapeutiche, e le conseguenze di un mio rifiuto.
- ✓ **Sono consapevole** che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Indica il vaccino o i vaccini che verranno somministrati dal professionista sanitario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Influenza _____ | <input type="checkbox"/> Pneumococco _____ |
| <input type="checkbox"/> Covid-19 _____ | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

 Acconsoento ed autorizzo la somministrazione dei vaccini **Rifiuto** la somministrazione dei vaccini

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale)

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale)

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale	Cognome e Nome del Medico:
Confermo che il Vaccinando/a ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato/a.	
Firma _____	