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

CONSENSO INFORMATO - VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - CAMPAGNA 2024 - 2025

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

Anno 2024-2025

Lotto vaccino …….. ☐ **INFLUVAC S TETRA** ☐ **FLUCEL VAX** ☐ **EFLUELDA**

Per ogni tipologia di vaccino compilare una pagina diversa

Scadenza ……..…… ☐ **FLUAD TETRA** ☐ **FLUENZ TETRA**

6 - 23 mesi	2 - 4 anni	5 - 6 anni	7 - 8 anni	9 - 14 anni	15 - 17 anni	18 - 44 anni	45 - 59 anni	60 - 64 anni	≥ 65 anni

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Data di sommin.	Categoria 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	
0			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
					Totale												