Modulo di consenso

Vaccinazione anti-influenzale con vaccino: **Prevenar** lotto_____ scad._____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: **Prevenar 20 - 10 sir. 0,5 ml** Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con successive dosi, se previste. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni. Sono consapevole che posso ritirare il consenso alla vaccinazione in qualsiasi momento. Sono consapevole che in caso di rifiuto al trattamento sarà comunque assicurata la continuità dell'assistenza personale e delle cure di tipo complementare se previste. Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Autorizzo la somministrazione del vaccino sopra indicato

	Data	Cognome e Nome	Data nascita	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Modulo di consenso

Vaccinazione anti-influenzale con vaccino: VAXIGRIP lotto_____ scad._____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: ' **VAXIGRIP 10 SIR SOSP 0,5 ML** " Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con successive dosi, se previste. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni. Sono consapevole che posso ritirare il consenso alla vaccinazione in qualsiasi momento. Sono consapevole che in caso di rifiuto al trattamento sarà comunque assicurata la continuità dell'assistenza personale e delle cure di tipo complementare se previste. Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Autorizzo la somministrazione del vaccino sopra indicato

	Data	Cognome e Nome	Data nascita	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Modulo di consenso

Vaccinazione anti-influenzale con vaccino: EFLUELDA lotto_____ scad._____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: " **EFLUELDA 1 SIR SOSP 0.5 ML** ' Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con successive dosi, se previste. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.Sono consapevole che posso ritirare il consenso alla vaccinazione in qualsiasi momento.Sono consapevole che in caso di rifiuto al trattamento sarà comunque assicurata la continuità dell'assistenza personale e delle cure di tipo complementare se previste. Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Autorizzo la somministrazione del vaccino sopra indicato

	Data	Cognome e Nome	Data nascita	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Modulo di consenso

Vaccinazione anti-influenzale con vaccino: FLUAD lotto_____ scad._____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: **FLUAD TIV PFS 10X1 IT** , Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con successive dosi, se previste. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.Sono consapevole che posso ritirare il consenso alla vaccinazione in qualsiasi momento.Sono consapevole che in caso di rifiuto al trattamento sarà comunque assicurata la continuità dell'assistenza personale e delle cure di tipo complementare se previste. Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Autorizzo la somministrazione del vaccino sopra indicato

	Data	Cognome e Nome	Data nascita	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				