NOTA INFORMATIVA E CONSENSO ALLE VACCINAZIONI

Il sottoscritto

Nome e Cognome ……

nato il ……\.....\.....

a …….. residente a ……..

in via …… n.tel/cell ……..

dichiara di essere pienamente cosciente e di aver letto e compreso l'informativa resa disponibile dal Santagostino secondo le vigenti procedure. Di aver ottenuto tutte le informazioni richieste sulle finalità della procedura, le modalità di esecuzione e le eventuali complicanze che possono derivare dall'esecuzione della vaccinazione.

Prende atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per 20 minuti dall'avvenuta vaccinazione.

Il sottoscritto fornisce le seguenti informazioni relative al suo stato di stato di salute affinché il personale vaccinatore possa valutare eventuali controindicazioni alla vaccinazione:

- malattie febbrili in atto (TC > 38). SI NO
- terapie immunosoppressive (radioterapia, chemioterapia) o cortisonici ad alti dosaggi. SI NO
- recente somministrazione di immunoglobuline SI NO
- malattie neurologiche evolutive o crisi epilettiche SI NO
- reazioni a precedenti dosi di vaccino SI NO

  Quali reazioni?.....

  A quale vaccino?.....

  Assunzioni di farmaci…….…….
- gravidanza in atto SI NO

  se sì indicare in che settimana ……..
- allergie diagnosticate SI NO
- specificare ……

Quindi in base all'informativa ricevuta, che ritiene completa ed esaustiva, il sottoscritto

ACCONSENTE

all'esecuzione delle seguenti vaccinazioni (trascrivere sulla colonna di destra il vaccino che si desidera effettuare):

Santagostino
LA TUA SALUTE

Tipo Vaccino	Trascrizione
Rotavirus	
Difterite, Tetano, Pertosse	
Difterite, Tetano, Pertosse, Polio (Tetravalente)	
Difterite,Tetano,Pertosse,Epatite B, Polio, H.Influenzae B (Esavalente)	
Epatite A	
Epatite B	
Epatite A + B	
Influenza	
Tetano	
Colera	
Tifo	
Morbillo, Rosolia, Parotite	
Varicella	
Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella (Tetravalente)	
Pneumococco 23 valente polisaccaridico	
Pneumococco 13 valente	
Meningococco coniugato ACWY	
Meningococco B	
Meningococco C	
HPV, Papilloma tipi 16-18	
HPV, Papilloma 4 ceppi	
HPV, Gardasil 9	
Rabbia	
Herpes Zoster	
Febbre Gialla	
Dengue	
Pneumococco 20valente Polisaccaridico	
altro, specificare.	

Santagostino
LA TUA SALUTE

A cura del vaccinatore

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/e vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA.

Per la/le vaccinazione/i richiesta/e sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

Ho mostrato all'utente che la fiala da praticare corrisponde esattamente al vaccino richiesto.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

DATA ……/……/…… FIRMA (leggibile) ……..……

Dichiaro inoltre di aver preso visione insieme all'Operatore Vaccinale che la fiala da praticare corrisponde esattamente al vaccino da me richiesto.

DATA ……/……/…… FIRMA DEL DICHIARANTE

……..……