

CONSENSO INFORMATO 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 CMS 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 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 si indicare in che settimana

- | | | |
|--------------------------|----|----|
| - allergie diagnosticate | SI | NO |
| - specificare | | |

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

ACCONSENTO

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

Tipo Vaccino	Trascrizione
Rotavirus	
Difterite Tetano	
Difterite, Tetano, Pertosse, Polio (Tetraivalente)	
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 (Tetraivalente)	
Pneumococco 23 valente polisaccaridico	
Pneumococco 10 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	
altro, specificare.	

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

.....