CONSENSO INFORMATO

ALLA VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA

Dati Anagrafici e Amministrativi dell'Assistito (Minore o Maggiorenne)

_____ _____
(Cognome) (Nome)

Sesso: ☐ M ☐ F Nato/a a_____ il_____/_____/_____

Tel._____ Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza_____

Iscrizione al Sistema Sanitario Regionale

- S.S.R. della Regione Calabria: Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |
- S.S.R. di altra Regione: _____ (indicare quale)
- Straniero Temporaneamente Presente (S.T.P.) _____ **NON** iscritto ad alcun S.S.R.

Residente: ☐ in Italia ☐ all'Estero (se residente all'estero non va compilato l'indirizzo sottostante)

_____ _____ _____
(Comune) (Via) (n. civico)

Il/La sottoscritto/a_____, **genitore(e/o tutore) del minore sopra indicato,**(cancellare se NON si tratta di vaccinazione su minore)
dichiara di essere stato debitamente informato dal dr._____,

☐ Pediatra di Libera Scelta ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Dirigente Medico ASP Catanzaro

con un colloquio orale esaustivo, sulla malattia influenzale ..... e sulla sua prevenzione.
In particolare, il suddetto Medico si è soffermato sulla vaccinazione antinfluenzale ....., in tutti i loro aspetti (perchè vaccinare, chi vaccinare, controindicazioni e precauzioni, effetti indesiderati).
Pertanto, ritenendomi pienamente soddisfatto delle informazioni ricevute circa i vantaggi e le possibili complicanze della vaccinazione ....., acconsento alla sua effettuazione da parte del sopraindicato Medico:

☐ a me medesimo ☐ a mio/a figlio/a_____

Dichiaro inoltre che prima di esprimere il consenso alla vaccinazione ho avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad altro Medico; che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente; che al Medico ho riferito le pregresse patologie di cui ho sofferto (nell'ipotesi di minore: di cui ha sofferto mio figlio/a), escludendo recenti stati di malattia e la recente sottoposizione a terapie desensibilizzanti; che posso escludere un primo trimestre di gravidanza.
Acconsento al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della normativa sulla privacy.

_____, _____
(Luogo) (Data)

_____ _____
(Firma dell'interessato o genitore del minore) (Firma del Medico)

Barrare le caselle ☐ interessate