

A

Vaccinazione Antiinfluenzale 2021-2022

Modulo di Consenso

Cognome e Nome		C.F.	
Nato/a		Prov. CZ	In data
Residente in			Num. civ.
CAP 88100	Città CATANZARO		Prov.
Tel.	Cell.	E-mail	
In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno) del			
<input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Interdetto – Infermo - Incapace	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

TRIAGE PRE-VACCINALE

1	È la prima volta che si vaccina con l'influenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
2	Si è già vaccinato in precedenza contro l'influenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
3	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? Se sì, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
4	Ha malattie febbrili in corso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
5	Ha mai avuto gravi reazioni allergiche? Se sì, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
6	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Per le donne: 7	È in stato di gravidanza? Se Sì, specificare a che mese _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO

- ✓ **Ho riferito al Medico** le patologie, attuali e/o pregresse, le terapie in corso di esecuzione e le informazioni generali sul mio stato di salute.
- ✓ **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 potenziali rischi della vaccinazione antiinfluenzale 2021-2022, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
- ✓ **Sono consapevole** che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino " _____ "

Data _____

Firma _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale)

Rifiuto la somministrazione del vaccino " _____ "

Data _____

Firma _____

(Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1 - Cognome e Nome (Medico): _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____