

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - MODULO DI CONSENSO MINORENNI

Io sottoscritta/o nata/o il a

Residente a telefono

Io sottoscritta/o nata/o il a

Residente a telefono

Gentori/Genitore/legale rappresentante del minorenni:

nata/o il a e Residente a(.....)

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso il foglio informativo del/dei vaccino/i: "....."
- Ho riferito all'operatore sanitario le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i allo stato di salute di mia/o figlia/o ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stata/o correttamente informata/o 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 alla dose di vaccino
- Ho altresì compreso la possibilità che a mia/o figlia/o sia somministrato una dose di un altro vaccino come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot. n. prot. 0012781-21/04/2023-DGPRES-DGPRES-P "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024"
- Sono consapevole che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il Pediatra di mia/o figlia/o e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

IL GENITORE CHE SOTTOSCRIVE IL PRESENTE MODULO SINGOLARMENTE, CONSAPEVOLE CHE LE FALSE DICHIARAZIONI, LA FALSITÀ IN ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (DPR 445/2000), DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI):

- CHE ESERCITA DA SOLO/A LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE;
- CHE L'ALTRO GENITORE NON PUÒ FIRMARE IL CONSENSO PERCHÉ ASSENTE PER
- LONTANANZA
- O IN ALTERNATIVA, IMPEDIMENTO (AI SENSI DELL'ART. 317 C.C.);
- CHE L'ALTRO GENITORE, IMPOSSIBILITATO A PRESENZIARE NELLA GIORNATA ODIERNA, HA PRESO VISIONE DELLA INFORMATIVA, È INFORMATO DELLA PROPOSTA VACCINALE ED HA ESPRESSO IL PROPRIO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE INCARICANDO IL/LA SOTTOSCRITTO/A DI RIPORTARLO NELLA PRESENTE SEDE.

ACCONSENSO E AUTORIZZO	RIFIUTO
la somministrazione del/dei vaccino/i "....."	la somministrazione del/dei vaccino/i "....."
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma dei/del genitori/e o del legale rappresentante 1. 2.	Firma dei/del genitori/e o del legale rappresentante 1. 2.

1. Nome cognome e ruolo del professionista sanitario

Confermo che i/il genitori/e / legale rappresentante hanno/ha espresso L'AUTORIZZAZIONE IL RIFIUTO alla vaccinazione con dopo essere stati/o adeguatamente informati/o.

Firma

Dettagli operativi della vaccinazione	Sito di iniezione		Lotto n.	Scadenza	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
Vaccino							
<input type="checkbox"/> cat. 10: SANO ETA' 6MESI-6ANNI <input type="checkbox"/> cat. 7: SANO CONTATTO DI FAMIGLIARE AD ALTRO RISCHIO							



VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - TRIAGE PREVACCINALE

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Il minorenni:		Telefono di riferimento:		
Data e luogo di nascita:		1		
		2		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)				
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:				
.....				
è in stato di gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
Ha già effettuato la vaccinazione antinfluenzale in passato? ha meno di 9 anni:				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se NO, la vaccinazione dovrà essere ripetuta dopo almeno un mese ▪ Se SI', verrà somministrata una sola dose di vaccino 				
ha più di 9 anni: in questo caso è sufficiente una sola dose di vaccino anche se mai vaccinato in passato.				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		