



CONSENSO INFORMATO alla VACCINAZIONE

etichetta

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nato/a _____ il ___/___/_____

In caso di minore indicare i dati identificativi dei genitori:

Genitore 1 (Nome e Cognome): _____

Nato/a _____ il ___/___/_____

Genitore 2 (Nome e Cognome): _____

Nato/a _____ il ___/___/_____

In caso di soggetto incapace indicare i dati identificativi del Rappresentante Legale (tutore o altro):

_____ nato a _____ il ___/___/___

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il ___/___/___

___ sottoscritt___/___ _____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto
- colloquio con un medico/operatore sanitario;

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/ivaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per **i venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

di aver riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni**

- Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite-haemophilusB-epatiteB(Esavalente)** _____
- Anti-Pneumococco** _____
- Anti-tetanica** _____
- Anti-poliomielitica** _____
- Anti-epatiteB** _____
- Anti difto-tetanica** _____
- Anti difto-tetanica-pertosse** _____
- Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite** _____
- Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite-haemophilusB** _____
- Anti-Morbillo-parotite-rosolia** _____
- Anti-Meningococco** _____
- Anti-Papilloma virus** _____
- Anti-**_____
- Anti-**_____
- Anti-**_____

Trattamento dati personali VACCINAZIONI: L'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs 196/03 **TESTO UNICO "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"** è reperibile nella sala di attesa dell'ambulatorio vaccinale e pubblicata sul sito www.asst-pavia.it in Servizi Territoriali/Vaccinazioni.

Firma del vaccinando/ del 1° genitore /del legale rappresentante

Firma del 2° genitore

Informativa

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

Per la/e vaccinazione/i proposta/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 inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

Centro vaccinale di _____

DATA

____/____/____

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario
