

(da compilare, firmare e stampare per consegna il giorno delle vaccinazioni)

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATO MINORI

Raccolta informazioni sullo stato di salute prima della vaccinazione

Negli anni scorsi suo figlio/a si è già vaccinato/a contro l'influenza? ° NO ° SI
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo la vaccinazione? ° NO ° SI
Ha malattie febbrili in corso? ° NO ° SI

*Ha ricevuto negli ultimi 15/30 giorni la somministrazione di altri vaccini? ° NO ° SI
Se sì, specificare quali

Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario
(ad es. neoplasia, leucemie, linfomi, patologie autoimmunitarie in atto) ° NO ° SI
Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario
(ad es. cortisonici, prednisone od altri steroidi) ° NO ° SI

Io sottoscritto/a _____

Genitore di

nato il _____

(PAZIENTE DELLA DOTTORESSA)

DICHIARO

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di aver informato e acquisito parere favorevole dell'altro genitore
- di avere ricevuto informazioni:
 - *sul vaccino antinfluenzale relativo alla stagione corrente;
 - *sui benefici e potenziali rischi del vaccino (congestione nasale, rinorrea, febbre, malessere)
 - *sulla necessità di non allontanarsi per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione;
 - *sulla necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

PERTANTO, ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTIINFLUENZALE

- ° **VACCINO VIVO ATTENUATO SPRAY NASALE TRIVALENTE FLUENZ**
- ° **VACCINO SPLIT INATTIVATO INIETTIVO TRIVALENTE VAXIGRIP**

firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la minore o della persona incapace o dei due genitori

CONSENSO DATO ANCHE PER ALTRO GENITORE NON PRESENTE

(MUNITI DI DEROGA SE NON ACCOMPAGNATO DAI GENITORI)

firma del medico

Data, _____