

(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

*Negli ultimi 14 giorni è stato a contatto stretto con soggetti affetti da COVID-19? ° NO ° SI

*Ha ricevuto negli ultimi 30 giorni la somministrazione del vaccino anti covid19? ° NO ° SI

*Ha ricevuto negli ultimi 30 giorni la somministrazione di altri vaccini? ° NO ° SI

Se sì, specificare quali

*Se il bimbo/a ha effettuato un tampone per Covid19 con esito positivo il vaccino potrà essere somministrato dopo un mese da questo

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 TETRAVALENTE FLUENZ TETRA**

° **VACCINO SPLIT INATTIVATO TETRAVALENTE VAXIGRIP TETRA**

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

firma del medico

Data, _____