

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATO

Raccolta informazioni sullo stato di salute prima della vaccinazione

Negli anni scorsi si è già vaccinato 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

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

DICHIO

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 avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

o informazioni sul vaccino antinfluenzale relativo alla stagione corrente;

o informazioni sui vaccini antipneumococcici;

o benefici e potenziali rischi della vaccinazione;

o necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 10 minuti, dopo la vaccinazione (20 minuti se prima somministrazione);

o necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

PERTANTO, ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE:

antiinfluenzale

antipneumococcica (13 valente e/o 23 valente)

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

firma del medico

Data, _____