

## CONSENSO INFORMATO ALLE VACCINAZIONI

### Il sottoscritto

Nome e Cognome.....

nato il ...../...../.....

a ..... residente a .....

in via.....n.tel/cell.....

dichiara di essere pienamente cosciente e di aver letto e compreso l'informativa resa disponibile dal CMS secondo le vigenti procedure. Di aver ottenuto tutte le informazioni richieste sulle finalità della procedura, le modalità di esecuzione e le eventuali complicanze che possono derivare dall'esecuzione della vaccinazione.

**Prende atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per 20 minuti dall'avvenuta vaccinazione.** Per quanto concerne il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196 autorizzo CMS al trattamento dei dati personali rilasciati con la presente.

**Il sottoscritto fornisce le seguenti informazioni relative al suo stato di salute affinché il personale vaccinatore possa valutare eventuali controindicazioni alla vaccinazione:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| - malattie febbrili in atto (TC > 38).  | SI | NO |
| - terapie immunosoppressive (radioterapia, chemioterapia)<br>o cortisonici ad alti dosaggi. | SI | NO |
| - recente somministrazione di immunoglobuline   | SI | NO |
| - malattie neurologiche evolutive o crisi epilettiche                                       | SI | NO |
| - reazioni a precedenti dosi di vaccino   | SI | NO |

Quali reazioni?.....

A quale vaccino?.....

Assunzioni di farmaci.....

- |                      |    |    |
|----------------------|----|----|
| - gravidanza in atto | SI | NO |
|----------------------|----|----|

se si indicare in che settimana .....

- |                          |    |    |
|--------------------------|----|----|
| - allergie diagnosticate | SI | NO |
| - specificare .....      |    |    |

Quindi in base all'informativa ricevuta, che ritiene completa ed esaustiva, il sottoscritto

### **ACCONSENTO**

all'esecuzione delle seguenti vaccinazioni (trascrivere sulla colonna di destra il vaccino che si desidera effettuare):

<b>Tipo Vaccino</b>	<b>Trascrizione</b>
Rotavirus	
Difterite Tetano	
Difterite, Tetano, Pertosse, Polio (Tetraivalente)	
Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Polio, H.Influenzae B (Esavalente)	
Epatite A	
Epatite B	
Epatite A + B	
Influenza	
Tetano	
Colera	
Tifo	
Morbillo, Rosolia, Parotite	
Varicella	
Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella (Tetraivalente)	
Pneumococco 23 valente polisaccaridico	
Pneumococco 10 valente	
Meningococco coniugato ACWY	
Meningococco B	

Meningococco C	
HPV, Papilloma tipi 16-18	
HPV, Papilloma 4 ceppi	
HPV, Gardasil 9	
Rabbia	
Herpes Zoster	
Febbre Gialla	

#### A cura del vaccinatore

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

Per la/le vaccinazione/i richiesta/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 mostrato all'utente che la fiala da praticare corrisponde esattamente al vaccino richiesto.**

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

DATA ...../...../.....      FIRMA (leggibile) .....

**Dichiaro inoltre di aver preso visione insieme all'Operatore Vaccinale che la fiala da praticare corrisponde esattamente al vaccino da me richiesto.**

Data ...../...../.....

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....

## CONSENSO INFORMATO ALLE VACCINAZIONI -MINORI-

### I sottoscritti

Nome e Cognome.....  
nato il ...../...../.....  
a .....residente a .....  
in via.....n.tel/cell.....

in qualità di  genitore  tutore  delegato<sup>1</sup>  
e

Nome e Cognome.....  
nato il ...../...../.....  
a .....residente a .....  
in via.....n.tel/cell.....

in qualità di  genitore  tutore

del minore: Nome e Cognome .....  
nato il ...../...../..... a.....

dichiarano di essere pienamente coscienti e di aver letto e compreso l'informativa resa disponibile dal CMS secondo le vigenti procedure Di aver ottenuto tutte le informazioni richieste sulle finalità della procedura, le modalità di esecuzione e le eventuali complicanze che possono derivare dall'esecuzione della vaccinazione.

**Prende atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per 20 minuti dall'avvenuta vaccinazione.** Per quanto concerne il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196 autorizzo CMS al trattamento dei dati personali rilasciati con la presente.

Il sottoscritto  genitore  tutore  delegato

fornisce le seguenti informazioni relative allo stato di salute del minore affinché il personale vaccinatore possa valutare eventuali controindicazioni alla vaccinazione:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| - malattie febbrili in atto (TC > 38).  | SI | NO |
| - terapie immunosoppressive (radioterapia, chemioterapia)<br>o cortisonici ad alti dosaggi. | SI | NO |
| - recente somministrazione di immunoglobuline   | SI | NO |
| - malattie neurologiche evolutive o crisi epilettiche                                       | SI | NO |

<sup>1</sup> Se non presenti i genitori è necessario il foglio di Delega Vaccini.

- reazioni a precedenti dosi di vaccino SI NO

Quali reazioni?.....

A quale vaccino?.....

Assunzioni di farmaci.....

- gravidanza in atto SI NO NA

se sì indicare in che settimana .....

- allergie diagnosticate SI NO

- specificare .....

Quindi in base all'informativa ricevuta, che ritiene completa ed esaustiva, il sottoscritto

### ACCONSENTE

all'esecuzione delle seguenti vaccinazioni per il minore (trascrivere sulla colonna di destra il vaccino che si desidera effettuare):

Vaccino	Trascrizione
Rotavirus	
Difterite Tetano	
Difterite, Tetano, Pertosse, Polio (Tetraivalente)	
Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Polio, H. Influenzae B (Esavalente)	
Epatite A	
Epatite B	
Epatite A + B	
Influenza	
Tetano	
Colera	
Tifo	

---

Morbillo, Rosolia, Parotite	
Varicella	
Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella (Tetraivalente)	
Pneumococco 23 valente polisaccaridico	
Pneumococco 10 valente	
Meningococco coniugato ACWY	
Meningococco B	
Meningococco C	
HPV, Papilloma tipi 16-18	
HPV, Papilloma 4 ceppi	
HPV, Gardasil 9	
Rabbia	
Febbre Gialla	

(Pagina seguente)

**A cura del vaccinatore**

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

Per la/le vaccinazione/i richiesta/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 mostrato all'utente che la fiala da praticare corrisponde esattamente al vaccino richiesto.**

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

DATA ...../...../.....      FIRMA (leggibile) .....

**Dichiara inoltre di aver preso visione insieme all'operatore Vaccinale, che la fiala da praticare corrisponde esattamente al vaccino richiesto.**

Data ...../...../.....

FIRMA DEI DICHIARANTI<sup>2</sup>

.....

<sup>2</sup> Se NON presente fisicamente uno dei due genitori è obbligatorio compilare il modulo: Assenza genitore.

**VACCINAZIONE -DOCUMENTO PER ASSENZA DI UNO DEI DUE GENITORI-**

Io sottoscritto Sig./Sig.ra.....  
nato/a il ...../...../.....  
a .....residente a .....  
in via.....n.tel/cell.....

**dichiaro**

- di essere genitore del minore .....  
nato/a a..... il...../...../.....

di essere informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni;

- che il mio stato civile è il seguente:
  - coniugato/a
  - e che, ai fini dell'applicazione dell'art.317 del Codice Civile, **l'altro soggetto avente titolo è consenziente alla vaccinazione e non può firmare il consenso perché assente per rilevanti impedimenti.**

- che il mio stato civile è il seguente:
  - vedovo/a     separato/a     divorziato/a    in situazione di:  affidamento congiunto
  - genitore affidatario     genitore non affidatario;
  - che, ai fini dell'applicazione della Legge 8/2/06 n.54 art.1, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:
    - che il sottoscritto esercita la potestà separatamente**
    - altro**.....

Luogo e data ..... Firma, Il dichiarante .....

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza dell'operatore vaccinale ..... (nome e cognome)

Firma Operatore Vaccinale.....