

SOMMINISTRAZIONE VACCINI - EPIDEMIA COVID-19

Gentile paziente,

in base alle nuove norme relative al controllo della diffusione dell'epidemia di Covid-19, ti chiediamo, **una volta terminate le procedure vaccinali, di evitare di trattenerti presso il Centro Medico e/o in prossimità di altre persone in attesa.**

In caso di dubbi riguardo a possibili (anche se molto rari) effetti collaterali della vaccinazione puoi restare per qualche tempo (20 minuti) nei pressi della struttura.

In generale è preferibile e sicuro tornare verso casa o alle normali occupazioni.

In caso di necessità o di dubbi puoi contattare l'ambulatorio di riferimento per parlare direttamente con l'operatore che ti ha da poco somministrato il vaccino.

Sede	Contatto telefonico	Sede	Contatto telefonico
PIAZZA SANTAGOSTINO 1	0289701715	CORSO VERCELLI	0289701272
REPUBBLICA	0289701400	CORVETTO A	0289701594
CORVETTO B	0289701591	CAIROLI	0289701301
CIMIANO	0289701303	BUCCINASCO	0289701302
RHO	0289701401	BOLOGNA	051398121
NEMBRO	0350510182	SESTO (Via Gorizia)	0289701266
MONZA	0289701404	BARONA	0289701402
VIALE ABRUZZI	0289701241	SESTO (Via Falck)	0289701308

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)
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):

Tipo 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	
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/...../.....
aresidente a
in via.....n.tel/cell.....

in qualità di genitore tutore delegato¹
e

Nome e Cognome.....
nato il/...../.....
aresidente 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)
o cortisonici ad alti dosaggi. | SI | NO |
| - recente somministrazione di immunoglobuline | SI | NO |
| - malattie neurologiche evolutive o crisi epilettiche | SI | NO |

¹ 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 DICHIARANTI²

.....

² 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/...../.....
aresidente 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.....