

## NOTA INFORMATIVA E CONSENSO 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 Santagostino 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.**

**Il sottoscritto**  genitore  tutore  delegato

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?.....

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

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

### ACCONSENTE

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

Tipo Vaccino	Trascrizione
Rotavirus	
Difterite, Tetano, Pertosse	
Difterite, Tetano, Pertosse, Polio (Tetraivalente)	
Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Polio, H.Influenzae B (Esivalente)	
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 13 valente	
Meningococco coniugato ACWY	
Meningococco B	
Meningococco C	

HPV, Papilloma tipi 16-18	
HPV, Papilloma 4 ceppi	
HPV, Gardasil 9	
Rabbia	
Febbre Gialla	
Dengue	
altro, specificare.	

**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 DEI DICHIARANTI <sup>2</sup>

.....

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