

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

DATA.....

IO SOTTOSCRITTO.....

In relazione alla vaccinazione.....

alla quale in data odierna si sottopone mio/a figlio/a

DICHIARO

- di avere avuto in anticipo sufficienti informazioni sulle malattia da prevenire, sulle caratteristiche del vaccino impiegato e sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione sopra indicata e sui rischi per la salute in caso di mancata vaccinazione.
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente sulle malattia da prevenire, sulle caratteristiche del vaccino impiegato e sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione sopra indicata e sui rischi per la salute in caso di mancata vaccinazione.
- di avere avuto informazioni sulla necessità di trattenermi con mio figlio/a in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la vaccinazione e di comunicare eventuali reazioni avverse.
- di aver riferito correttamente le informazioni sullo stato attuale di salute di mio figlio/a
- di avere correttamente informato l'altro genitore e di averne acquisito l'assenso

Pertanto,

ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

Firma

ANAMNESI PREVACCINALE

Data

Cognome Nome

Nato a Il

Il bambino cresce bene, è di buon umore?		SI	NO
Il bambino è allergico a qualche medicina o alimento?		SI	NO
Ha ricevuto emotrasfusioni, immunoglobuline?		SI	NO
Ha avuto convulsioni?		SI	NO
Se si, specificare	con/senza febbre		
Ricoveri ospedalieri		SI	NO
Se si, specificare solo:	Immunodeficit	
	Affezioni neurologiche	
Assume con continuità farmaci?		SI	NO
Se si, specificare solo:	Cortisonici	
	Antiinfiammatori (ASA e simili)	
	Antiepilettici	
Allergia (anafilassi) a antibiotici (neomicina, kanamicina), o altro?		SI	NO
Se si, specificare			

Firma genitore.....