Vaccinazione Anti-influenzale e Anti-pneumococcica

Modulo di consenso

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Spazio per
QR-Code
con Codice
Prenotazione

RAPPRESENTANTE LEGALE/ GENITORE 1

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL GENITORE 2

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

- ✓ Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.
- ✓ Ho compilato/risposto alle domande della Scheda Anamnestica in modo veritiero
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- ✓ Dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione anti-influenzale mediante vaccino_____

☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione anti-pneumococcica mediante vaccino_____

Luogo _____ , **Data**___/___/_____

Firma Rappresentante Legale/Genitore 1

_____

Firma Genitore 2

_____

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____