

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATO

- |   |    |    |
|---|----|----|
| • Negli anni scorsi suo figlio/a è stato/a vaccinato/a contro l'influenza | SI | NO |
| • Ha mai avuto reazioni allergiche dopo la vaccinazione                   | SI | NO |
| • Presenta allergie a Gentamicina e allergie gravi alle uova              | SI | NO |
| • Ha malattie febbrili in corso?  | SI | NO |

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_

Dichiaro:

- Di aver riferito correttamente le informazioni sullo stato di salute di mio/a figlio/a;
- Di aver avuto il consenso da parte dell'altro genitore;
- Di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
  - Informazioni sul vaccino antinfluenzale della stagione corrente;
  - Benefici e potenziali rischi della vaccinazione;

PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

- INIETTIVA (Tetraivalente inattivato)
- SPRAY NASALE (Tetraivalente vivo attenuato)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_