VACCINAZIONE ANTIMENINGOCOCCO B - CONSENSO INFORMATO

• Ha mai avuto reazioni allergiche dopo le vaccinazioni?	SI	NO
• Ha mai ricevuto emotrasfusioni od immunoglobuline?	SI	NO
• Ha malattie acute o febbrili in corso?	SI	NO
• In famiglia qualcuno è affetto da malattie neurologiche, immunodeficit congeniti?	SI	NO

Io sottoscritto/a _____

Genitore di _____

ETICHETTA LOTTO E DATA
SCADENZA

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 Antimeningococco B;
 - Benefici e potenziali rischi della vaccinazione;

PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

BEXERO (Sotto i 10 anni)

TRUMENBA (Sopra i 10 anni)

1^ dose

2^ dose

Data _____

Firma _____