VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATO

lo sottoscritto/a			
Genitore di			
Ha mai avutoPresenta allerHa malattie fe	reazioni allergiche dopo la vaccinazione gie a Gentamicina e allergie gravi alle uova	SI SI SI SI	NO NO NO NO
In merito alle vacci	inazioni proposte DICHIARO:		
presso l'a del vaccir di essere effetti co informazi inoculo d	stato/a informato/a che il/la minore vaccinato/a deve ri ambulatorio per i 20 (venti) minuti successivi alla sommino; stato informato/a circa le caratteristiche, i vantaggi, i po illaterali delle vaccinazioni proposte nonché di aver ricev ioni sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni, su lelle stesse e sulla tutela normativa in caso di reazioni av 10/1992);	nistr ossib vuto ul sito	azione ili o di
PERTANTO ESPR ANTINFLUENZALI	IIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACC	CINA	ZIONE
	A (Influvac Tri S) ASALE (Fluenz)		
Data	Firma		
Il genitore che sottos	scrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiar.	a sot	to la

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

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 Ha effettuato vaccinazione MRPV (antivaricella) nell'ultimo mese SI NO n merito alle vaccinazioni proposte DICHIARO: • di essere stato/a informato/a che il/la minore vaccinato/a deve rimanere
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo la vaccinazione Presenta allergie a Gentamicina e allergie gravi alle uova Ha malattie febbrili in corso? SI NO Ha effettuato vaccinazione MRPV (antivaricella) nell'ultimo mese SI NO n merito alle vaccinazioni proposte DICHIARO:
di essere stato/a informato/a che il/la minore vaccinato/a deve rimanere
 presso l'ambulatorio per i 20 (venti) minuti successivi alla somministrazione del vaccino; di essere stato informato/a circa le caratteristiche, i vantaggi, i possibili effetti collaterali delle vaccinazioni proposte nonché di aver ricevuto informazioni sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni, sul sito di inoculo delle stesse e sulla tutela normativa in caso di reazioni avverse (Legge 210/1992);
PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
□ INIETTIVA (Influvac Tri S)□ SPRAY NASALE (Fluenz)
Data Firma

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.