

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

Genitore di _____

- | | | |
|---|----|----|
| • 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 |

In 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.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

Genitore di _____

- | | | |
|---|----|----|
| • 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 |

In 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.