

Anamnesi prevaccinale e consenso informato per vaccinazione antinfluenzale 2024-25

Io sottoscritto:

Nome..... Cognome.....

nato a il

chiedo per mio figlio.....

la somministrazione di vaccino antinfluenzale.

Informazioni relative al suo stato di salute:

Presenza di malattie acute e/o febbrili in atto SÌ NO

E' immunodepresso SÌ NO

Ha avuto problemi neurologici SI NO

Reazioni dopo vaccinazione antiinfluenzale in passato SÌ NO

allergia a uova o proteine di pollo, ovoalbumina SÌ NO

allergia a Gentamicina SI NO

allergia a Gelatina porcina o altri additivi SI NO

E' in terapia con salicilati (es. Aspirina) SI NO

E' in terapia con steroidi ad alte dosi SI NO

Ha assunto broncodilatatori nelle ultime 72 ore SI NO

Ha effettuato vaccino MMRV da meno di un mese SI NO

Ha recentemente assunto antivirali? SI NO

altre informazioni ritenute rilevanti:

.....
dichiaro di aver ricevuto informazioni:

- sul vaccino antinfluenzale 2024- 2025 FLUENZ TETRA

- sui benefici e potenziali rischi del vaccino

- sulla necessità di trattenermi nei pressi dell'ambulatorio per 30 minuti dopo l'inoculo

PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

Firma dell'interessato

Firma del medico

Delego ad accompagnare mio figlio:

FIRMA