

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
---	----	----

Ricoveri o problemi neurologici	SÌ	NO
---------------------------------	----	----

Reazioni dopo vaccinazione antinfluenzale in passato	SÌ	NO
--	----	----

allergia a uova o proteine di pollo, ovoalbumina	SÌ	NO
--	----	----

altre allergie (specificare).....

altre informazioni ritenute rilevanti:

dichiaro di aver ricevuto informazioni:

- sul vaccino antinfluenzale 2024-2025 VAXIGRIP 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

Lainate,.....

Firma dell'interessato

.....

Firma del medico

Delego ad accompagnare mio figlio:

FIRMA

.....