

# ANAMNESI PREVACCINALE E CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Livorno, li \_\_\_/\_\_\_/2020

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. ISS _____
<input type="checkbox"/> in nome proprio <input type="checkbox"/> in nome del/la MINORE (art. 4 ultimo comma L.69/95)

in qualità di: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Delegato dai genitori* <input type="checkbox"/> Tutore legale Familiare (art. 80 L. 49/1996)
<input type="checkbox"/> del/la Minore (nome) _____ (cognome) _____
<input type="checkbox"/> della Persona (nome) _____ (cognome) _____ (priva in tutto o in parte di autonomia decisionale)
nato/a _____ a il ___/___/_____ Cod. ISS _____
* DELEGA SCRITTA N.B. va allegata la documentazione che indica i poteri del/i legale/i rappresentante/i

Fornisce le necessarie informazioni relative al suo stato di salute, al fine della valutazione, da parte del medico, di eventuali controindicazioni alla vaccinazione antinfluenzale con

- FLUARIX TETRA  
 \_\_\_\_\_

Scheda informativa:

Presenza di malattie con febbre alta o un'infezione acuta in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie a: Uova o Proteine del Pollo, Ovoalbumina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie ad altri componenti del vaccino (Gentamicina solfato, Formaldeide, Cetiltrimetilammonio bromuro, Polisorbato 80, Sodio desossicolato, Sodio fosfato dibasico dodecaidrato, Potassio fosfato monobasico, Cloruro di magnesio esaidrato, Alfa-tocoferolo succinato acido, Ottossinolo 10.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Avere avuto una reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Essere in stato di gravidanza (Se si indicare in che settimana) _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altro. Specificare _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## DICHIARA/DICHIARANO

sotto la propria responsabilità di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- Scheda informativa sulla vaccinazione antinfluenzale per l'assistito
- Di essere stato/a/i adeguatamente informato/a/i e di aver compreso le modalità di somministrazione, le indicazioni, i vantaggi e i benefici conseguenti alla vaccinazione, il grado di efficacia, le controindicazioni e gli eventuali effetti collaterali della vaccinazione antinfluenzale e la probabilità del loro verificarsi, le possibili complicanze e la loro incidenza in relazione alla esperienza della pratica vaccinale nella R.S.M. e descritta in letteratura, nonché sui rischi della mancata vaccinazione e sulle possibili conseguenze del non trattamento ai sensi dell'articolo 2 della Legge 23 Maggio 1995 n.69.
- Di essere a conoscenza della non obbligatorietà della vaccinazione influenzale
- Prende atto che è raccomandabile non allontanarsi dall'ambulatorio per 30 minuti dall'avvenuta vaccinazione

Pertanto consapevolmente mi determino ad	<input type="checkbox"/> AUTORIZZARE
	<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZARE

La somministrazione del vaccino antinfluenzale raccomandato-facoltativo ai sensi dell'articolo unico del DECRETO DELEGATO 26 Febbraio 2008 n. 38

Firma del/la/i Richiedente/i

Timbro e firma del Medico

Il presente modulo, opportunamente compilato va trattenuto e conservato agli atti.