MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO/DISSENSO

ALLA VACCINAZIONE

Io sottoscritto/a	**nato/a a**	**in data**
Io sottoscritto/a	**nato/a a**	**in data**

in quanto genitore/tutore/soggetto affidatario del/della minore:

Nome cognome bambino/a: _____ nato a _____ in data _____

- ho potuto prendere visione della scheda anamnestica.
- Sono stato/a informato/a che in data odierna viene proposto il vaccino antinfluenzale:
  - □ FLUENZ (vaccino vivo attenuato - spray nasale),
  - □ INFLUVAC (vaccino inattivato - intramuscolo),
  - □ FLUCELVAX (vaccino inattivato - intramuscolo) *SOLO per i soggetti con grave allergia alle uova,*
- Ho riferito le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato/a correttamente informato/a con parole a me chiare e ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
- Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per **almeno 15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino antinfluenzale	**RIFIUTO** la somministrazione del/dei vaccino antinfluenzale
Data e luogo:	**Data e luogo:**
Firma genitori-e/tutore/soggetto affidatario del/della minore …… ……	**Firma** genitori-e/tutore/soggetto affidatario del/della minore …… ……

Il genitore che sottoscrive il presente modulo singolarmente, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000), dichiara, sotto la propria responsabilità (barrare una delle seguenti opzioni): ☐ che esercita da solo/a la responsabilità genitoriale; ☐ che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente (ai sensi dell'art. 317 c.c.) per: ☐ lontananza ☐ impedimento; ☐ che l'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, ha preso visione della informativa, è informato della proposta vaccinale ed ha espresso il proprio consenso alla vaccinazione incaricando il/la sottoscritto/a di riportarlo nella presente sede.

Data …… **Firma** del genitore/tutore/soggetto affidatario/delegato ……	**Data** …… **Firma** del genitore/tutore/soggetto affidatario ……

SCHEDA TRIAGE PRE-VACCINALE

Nome e cognome minorenne	**Nato/a a**	**In data**

Ha un'età compresa fra 6 mesi – 8 anni e 364 giorni? *Se sì ha già eseguito la vaccinazione antinfluenzale nella/e stagione/i passata/e?*	SI	NO
Presenta oggi qualche problema di salute?	SI	NO
Presenta allergia grave all'**uovo**, alla **neomicina**, alla **gelatina** o altre allergie?	SI	NO
Ha presentato **reazioni allergiche** (orticaria, gonfiore alla lingua, alla gola, gonfiore in tutto il corpo, fatica respiratoria, attacco di asma, collasso, anafilassi) dopo assunzione di alimenti, farmaci o dopo precedenti vaccinazioni?	SI	NO
È stato mai **ricoverato** o è andato in **Pronto Soccorso** per problemi legati al **cuore**, **cervello**, **reni/vie urinarie**, **polmoni**, altro?	SI	NO
È portatore di **impianto cocleare**?	SI	NO
Soffre o ha mai sofferto di **bronchiti asmatiche ricorrenti** (fischi, sibili) o di **asma**?	SI	NO
Presenta o ha mai presentato malattie che **diminuiscono le difese dalle infezioni** (es. immunodeficienza, trapianto, tumori, malattie reumatologiche, …)?	SI	NO

È presente qualcuno, tra i **familiari o i contatti stretti**, che soffre attualmente di malattie che **diminuiscono le difese dalle infezioni** (es. immunodeficienza, trapianto, tumori, malattie reumatologiche, …)?	SI	NO
Presenta/hai mai presentato **altre malattie** che richiedono visite mediche e/o prelievi di sangue periodici?	SI	NO
Assume qualche **farmaco** che non può smettere, in particolare assume una terapia a base di salicilati?	SI	NO
Ha mai subito o dovrà subire a breve **interventi chirurgici**?	SI	NO
In questi giorni è stato **ammalato** o ha **assunto farmaci**?	SI	NO
Ha assunto **cortisone** per bocca o in puntura nell'ultimo mese ad alte dosi?	SI	NO
In caso di risposta affermativa ad una o più di queste domande SPECIFICARE il peso in kg: ……		
Data	**Firma** dei/del genitori-e/tutore/soggetto affidatario/delegato …… ……	

In caso di bambino/a di età compresa fra 6 mesi – 8 anni e 364 giorni e che non è mai stato/a vaccinato/a contro l'influenza, ritornare per la somministrazione della seconda dose

Il giorno ____/____/_____ alle ore _____ presso_____