

Ambulatorio di .....

**CONSENSO/DISSENSO INFORMATO AL CICLO COMPLETO VACCINAZIONI DEI MINORI**

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.

In data ..... io sottoscritto/a ..... |\_| padre |\_| madre |\_| tutore ai sensi del Decreto Giudice Tutelare n. .... Tribunale di ..... rilasciato in data .....

**del/della minore**

Cognome e nome .....

nato/a a ..... il .....

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 aver ricevuto, letto e compreso il materiale informativo 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 n. 210/ 1992);
- di essere stato/a informato/a che la minore vaccinata in età fertile deve evitare una gravidanza per:
  - |\_| **un mese** dopo la vaccinazione anti-rosolia
  - |\_| **tre mesi** dopo la vaccinazione anti-varicella
  - |\_| **tre mesi** dopo la vaccinazione anti-amarillica
- dichiaro altresì di essermi avvalso/a del/della Sig./Sig.ra ..... quale traduttore linguistico per una maggiore comprensione circa i contenuti relativi alle vaccinazioni proposte.

Pertanto rispetto alla somministrazione della/e seguente/i vaccinazione/i:

VACCINAZIONE	Firma del genitore	
	ACCONSENTO	NON ACCONSENTO
_ <input type="checkbox"/>   ANTIDIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO-EPATITE B-HAEMOPHILUS	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIPNEUMOCOCCICA	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIMENINGOCOCCICA	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIEPATITE B	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIPOLIO	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTITETANICA	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIDIFTERICA	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIDIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIDIFTO-TETANO	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIDIFTO-TETANO-PERTOSSE	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIPAPILLOMA VIRUS	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIAMARILLICA	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIDIFTO-TETANO-POLIO	.....	.....
_ <input type="checkbox"/>   ANTIEPATITE A	.....	.....
	.....	.....

Io sottoscritto/a dichiaro che l'utente è stato informato sulla/e vaccinazione/i per la/le quale/i ha espresso il proprio consenso/dissenso, mediante colloquio e/o materiale informativo specifico e garantisco che le principali informazioni necessarie per esprimere una adesione consapevole siano state correttamente comunicate e recepite.

Data.....

Timbro e firma operatore sanitario .....

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
mod. 113_Consenso_Dissenso_Minori_rev11	15/06/2017	11	Pagina 1 di 1